Л.Ф. БУРЛАЧУК

Исследование личности в клинической психологии



Л.Ф. БУРЛАЧУК

Исследование личности в клинической психологии

(НА ОСНОВЕ МЕТОДА РОРШАХА)

КИЕВ
ГОЛОВНОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
ИЗДАТЕЛЬСКОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ
«ВИЩА ШКОЛА»
1979

ББК 56 1+88 4
617 9+158
Б91

УДК 616.89

Бурлачук Л. Ф. **Исследование личности в клинической психологии (на основе метода Роршаха)**: Монография — Киев: Вища школа. Головное изд-во, 1979 — 176 с.—51700. 0304000000.

Обобщены результаты одного из первых в нашей стране исследований, посвященного проблеме изучения личности проективным методом Роршаха. Особое внимание уделено критическому анализу зарубежных теорий о проекции и ее механизме, а также вопросам теоретического обоснования проективных методов.

В монографии содержится одно из наиболее полных в отечественной литературе описаний метода Роршаха, рассмотрены вопросы, связанные с изучением валидности и надежности этого метода.

Для патопсихологов, психологов, психиатров, а также студентов и аспирантов соответствующих специальностей.

Ил 13 Табл 16. Список лит. 284 назв

Редакция литературы по медицине
и физической культуре
Зав редакцией *В П. Сытник*

Б $\frac{51700-299}{М211(04)-79}$ БЗ—7—16—79 0304000000

ВВЕДЕНИЕ

Современное развитие медицинской науки, особенно психиатрии, требует широкого применения психологических методов исследования Предлагаемая работа посвящена одной из наиболее актуальных проблем как психологии в целом, так и клинической психологии в частности — проблеме исследования личности. Решение важнейших практических задач, конечной целью которых является излечение и восстановление трудоспособности, вряд ли может быть успешным без углубленного изучения личности больного.

В последние годы методам исследования личности в клинике советскими учеными уделяется все большее внимание. Появился ряд работ, в которых описываются отдельные психологические методы и приводятся результаты их практического использования в клинике (С. Я. Рубинштейн, 1970, В М Блейхер, 1976; Ф Б Березин и соавторы, 1976, В М Блейхер и Л Ф. Бурлачук, 1978) О пристальном внимании и возрастающем интересе к исследованиям личности со стороны психологов-клиницистов и представителей смежных наук свидетельствуют симпозиумы и конференции по этим проблемам, состоявшиеся в Ленинграде (1967, 1971, 1976) и Москве (1970, 1978), неоднократное их обсуждение в научной печати.

Особые вопросы возникают при использовании в отечественной клинической психологии методов, разработанных за рубежом. Ведь проблема метода исследования имеет не только узкопрактическое, но и методологическое значение. На совместном заседании Президиума правления Всесоюзного общества невропатологов и психиатров и проблемной комиссии «Медицинская психология» при Президиуме АМН СССР отмечалось, что необходимо дальнейшее изучение и оценка эффективности зарубежных методов исследования личности на основе марксистско-ленинской методологии, теории и практики советской медицины и психологии, достижений отечественной науки.

Проективные методы исследования личности, к которым относится и метод Роршаха, несмотря на широкое распространение за рубежом сравнительно недавно используются в отечественных исследованиях Продолжительное время эти методы рассматривались как психоаналитически ориентированные, их не считали объективными и обоснованными. Теоретические основы проективных методов не обсуждались и поэтому остался незамеченным тот важный факт, что применялись они различными школами, в том числе и далекими от идей психоанализа

Применение проективного подхода к исследованию личности — важный этап в развитии психологической диагностики, связанный с появлением методов, качественно отличных от традиционных. Психометрические тесты не смогли оправдать больших надежд, возлагавшихся на них «Проективная психология» возникла и развивается как своеобразная реакция протеста против бихевиоризма и психометрии, за которыми невозможно было распознать целостную личность

Проективные методы, практика их применения и теоретического обоснования образовали новый раздел современной психологии,

требующий пристального изучения «Область проективных методов— точка пересечения и поле столкновения обширных, но и очень расходящихся, резко отличных друг от друга теоретических систем... это область, где сталкиваются и накладываются друг на друга психоанализ и экспериментальная психология, психология теоретическая и эмпирическая...» (Hórmann, 1966, с. 71).

При анализе теоретических положений проективных методов исследования личности (гл. I) мы стремились не только показать разнообразие существующих направлений, но и выделить их положительные черты. На основе разрабатываемого в отечественной психологии представления об активности процесса восприятия, его личностном характере предпринята попытка объяснения феномена проекции и предложено определение проективных методов.

Ни на одном из проективных методов воздействие различных психологических школ не отразилось в такой мере, как на методе Роршаха — наиболее известном в мировой практике психодиагностических исследований. И не только потому, что это старейший метод. Как отмечает Harrower (1965), на первых этапах применения психодиагностических методов в клинике тест Роршаха был единственным психодиагностическим инструментом. Понятия «дифференциальный диагноз» и «диагностическое заключение» на этом этапе были тождественны понятию «обследование по методу Роршаха».

Ввиду того что проективные методы долгое время связывали исключительно с положениями психоанализа, в нашей литературе фактически отсутствуют какие-либо обобщающие материалы по методу Роршаха. Стремясь в какой-то мере восполнить этот пробел, мы приводим более полное описание метода, используемых разными авторами диагностических категорий, исследований, связанных с изучением валидности (гл. II). Все это позволит наметить пути наиболее эффективного применения метода Роршаха.

Обширной областью применения метода Роршаха являются клинические исследования, что подтверждается данными отечественной и зарубежной литературы. Мы остановились на наиболее важных и характерных исследованиях психически больных, используя собственные данные (гл. III). При анализе результатов исследований с использованием метода Роршаха следует исходить из тщательного учета клинических данных и знания о личности. Только при таком подходе этот метод позволяет получить ценный материал о структуре психического дефекта и степени его выраженности.

В настоящее время проективные методы с успехом применяются в ряде психологических лабораторий нашей страны, поэтому очень важно четко определить границы их обоснованного применения, а также разработать с позиций материалистической психологии интерпретационные схемы. Только в этом случае они прочно войдут в систему экспериментально-психологических приемов исследования личности.

Следует учесть, что используемым в мировой практике при применении метода Роршаха обозначениям (преимущественно английским) не всегда удается найти удовлетворительные эквиваленты в русском языке. Так появляются выражения «ответы цвета» вместо «интерпретации, в процессе создания которых испытуемый учитывает цвет представленного изображения» Мы сознательно используем эти наименования, так как уверены в том, что они будут понятны читателям.

ГЛАВА I
ВОПРОСЫ МЕТОДОЛОГИИ ПРОЕКТИВНОГО ПОДХОДА К ИССЛЕДОВАНИЮ ЛИЧНОСТИ

Как уже отмечалось, метод Роршаха относится к группе проективных методов, занимающих особое положение в методическом оснащении современной психологии. В настоящее время в зарубежной клинической психологии нет ни одной серьезной работы, в которой бы не признавалась важность диагностических проблем, а в связи с этим — проективных методов исследования личности.

Исследователь, обратившийся к проблеме проективных методов, сталкивается со множеством разнообразных точек зрения относительно самого понимания проекции, ее механизмов, определения и классификации этих методов, а также той роли, которая придается стимулу. Большое значение имеют вопросы, связанные с теоретическим обоснованием этих методов.

ПРОЕКЦИЯ И ЕЕ МЕХАНИЗМ

«Проекция» как термин психологический широко используется в психоаналитической литературе и принадлежит З. Фрейду (1894), который полагал, что анксиозные неврозы возникают в том случае, если психика не может овладеть эндогенно развившимся сексуальным возбуждением. Здесь происходит своеобразная проекция этого возбуждения во внешний мир. Однако психический феномен, ныне определяемый как проекция, был известен задолго до появления психоанализа. В средневековом трактакте «Malleus Maleficarum» проекция описывается следующим образом: «Воображение и фантазия представляют собой вместилище идей, возникающих из наших чувств, и не раз бывает, что дьяволы так управляют нашим воображением, что эти идеи становятся новыми отражениями вещей, превращаются во впечатления о вещах и предметах» (цит. по Murstein и Pryer, 1959, с. 353).

Со времен Фрейда понятие проекции рассматривалось многими исследователями и претерпело ряд изменений. В современной зарубежной психологии существует по

крайней мере четыре наиболее распространенные точки зрения на проекцию и ее механизм (Murstein и Pryer, 1959).

«Классическая проекция». В понятие «классической» проекции вкладывается разработанная Фрейдом трактовка этого явления как защитного механизма: «Проекция — это защитный механизм, используемый бессознательной сферой «Я», посредством, которого внутренние импульсы и чувства, неприемлемые в целом для личности, приписываются внешнему объекту и тогда проникают в сознание как измененное восприятие внешнего мира» (Eidelberg, 1968, с. 331). Читатель может сравнить это определение с тем, которое дано основоположником психоанализа: «Процесс (конфликта. — *Л.Б.*) изживается благодаря особому психическому механизму, который в психоанализе обыкновенно называют проекцией. Враждебность, о которой ничего не знаешь и также впредь не хочешь знать, переносится из внутреннего восприятия во внешний мир и при этом отнимается от самого себя и приписывается другим» (Freud, с. 75).

Таким образом, понятие проекции рассматривается психоанализом наряду с «вытеснением», «сублимацией», «рационализацией» и другими формами переработки представлений, нейтрализующими в качестве психологической защиты патогенное воздействие.

Насколько же отражает реальность распространенное в психоанализе понимание проекции как защитного механизма? В целом идея психологической защиты плодотворна и отражает реальную и существенную сторону психической деятельности (Ф. В. Бассин, 1969), однако психоанализ стремится трактовать механизм этого явления лишь в плане антагонистического взаимодействия «Я» и бессознательного.

Вполне обоснованным представляется также существование проекции как механизма психологической защиты[1]. Здесь следует указать, что положение о проецировании некоторых черт личности, считающихся предосудительными, подтвердилось экспериментально (Sears, 1936). В то же время при доказательстве положения о за-

---

[1] Э. В Соколов считает, что функция проективной разрядки является одной из основных функций культуры «Культура удовлетворяет нереалистические желания, освобождает импульсы и стремления, ею же запрещенные и ограничиваемые, проецируя их на замещающий или иллюзорный объект .» (Э. В Соколов, 1972).

щитном характере проекции исследователи сталкиваются с рядом методических трудностей. Требуется, в частности, показать, что обследуемый не имеет представления об определенных элементах структуры собственного характера [1].

Каким образом реализуется связь данного понимания проекции с проективными методами?

Принимая разработанное психоанализом учение о проекции, необходимо признать и определенный тип связи между характером толкования стимула и соответствующими чертами личности. Например, агрессивность, которой обследуемый наделяет героя рассказа по тесту тематической апперцепции (ТАТ), соответствует подавленной агрессивности самого обследуемого. Иначе говоря, все проецируемые чувства, мотивы, потребности идентичны таким же проявлениям личности испытуемого, только эти проявления у него подавлены. Между особенностями, определяемыми при обследовании, и подлинными свойствами личности существует компенсаторное соотношение.

Такое, постулированное психоанализом, соотношение между толкованием стимула и соответствующей чертой личности вызывает возражения исследователей, использующих проективные методы. Так, по Symonds (1949), в интерпретациях ТАТ проявляются тенденции, противоположные реальным чертам личности. В исследовании Gluck (1955) не было выявлено зависимости между проявлениями враждебности по ТАТ и особенностями личности, проявляющимися в стрессовой ситуации. Eriksen (1954) указывает, что далеко не всегда при обследова-

---

[1] Экспериментальное подтверждение существования «классической» проекции представлено в исследовании Halpern (1977).

Испытуемых оценивали по специально сконструированной шкале, определяющей «защищенность» от полового возбуждения. Затем была предложена серия фотографий лиц, из которых обследуемые отбирали «самого неприятного» для них субъекта. На следующем этапе обследуемым были предъявлены откровенные изображения половых ситуаций После этого все испытуемые описывали себя и избранного ими «неприятного субъекта» по стандартному перечню отдельных черт личности

Результаты показали, что испытуемые, которым была присуща сильно развитая защищаемость от полового возбуждения, отрицали его возникновение при просмотре изображений полового акта и проецировали это возбуждение на неприятного им человека Эффект значительно усиливался, если в качестве «неприятного человека» выступал мужчина.

нии проективными методами проявляются подавленные, не принимаемые обществом потребности, а часто выступают и вполне социальные, удовлетворить которые индивидуум не в состоянии. Многочисленные работы свидетельствуют, что искомое соотношение «интерпретация — поведение» чаще всего имеет значительно более сложную форму, нежели простая компенсация.

Kagan и Mussen (1956) не обнаружили положительной корреляции между проявлением в проективном методе мотива, запрещенного нормами общества, и его реализацией в поведении, тогда как такая корреляция возможна относительно мотивов, одобряемых обществом. В то же время есть экспериментальные подтверждения компенсаторного соотношения между параметрами «интерпретация стимула — черта, свойство личности» (Gorlow и соавторы, 1952).

Упоминаемые нами исследования показывают, что разработанное психоанализом представление о механизме проекции не является универсальным, а выступает в качестве одного из возможных вариантов связи интерпретации стимула с особенностями личности, проявляющимися в деятельности.

Помимо сказанного следует выделить еще один момент, имеющий принципиальное значение для толкования результатов, полученных с помощью проективных методов.

В соответствии с принятым в психоанализе способом объяснения психические феномены, перешедшие в область бессознательного, продолжают оставаться психологически теми же, т. е. предлагается антропоморфная трактовка бессознательного (Д. Н. Узнадзе, 1961; Ф. В. Бассин, 1968). Так получается, что вытесненные в бессознательное, подавленные аффекты или стремления (вытеснение, обычно рассматриваемое как самостоятельный защитный механизм, выступает не только в качестве такового, но является и необходимой предпосылкой функционирования других, т. е. может быть представлено как своего рода пусковой фактор), могущие проявиться путем проекции, остаются эквивалентами осознаваемых и рассматриваются как таковые при толковании.

В действительности же происходит трансформация психического феномена после того, как он перестает переживаться. «Когда они (переживания. — *Л.Б.*) исчезают, забываются, как определенное содержание сознания,

это не означает, что в субъекте от них ничего не остается; возникает установка — нечто иное, нежели переживание, как феномен сознания» (В. Г. Норакидзе, 1975).

Сохранность непереживаемого аффекта, стремления может быть понята только в том смысле, что они соответствующим образом перестраивают систему нашего поведения, создают готовность к действиям, переживаниям или восприятиям определенного типа, т. е. *установку* (Д. Н. Узнадзе, 1961; Ф. В. Бассин, 1968).

Проекция в данном случае может быть представлена как один из способов реализации установок. Однако если продолжать исходить из психоаналитического понимания проекции, то в проективных методах мы сталкивались бы всегда с одним типом установок, сформировавшихся в результате вытеснения неугодных сознанию аффектов или стремлений с целью защиты «Я». Так ли это? Прежде чем ответить на этот вопрос, мы должны вновь обратиться к понятию проекции, возможности осмысления ее механизма с иной, нежели психоаналитическая, точки зрения.

«Атрибутивная» проекция. В основе этого понимания проекции лежит приписывание собственных мотивов, чувств, черт личности другим людям. Еще Фрейд обратил внимание на то, что проекция не только существует для защиты, но и детерминирует описание внешнего мира. В его работе «Тотем и табу» наряду с уже известным нам пониманием проекции, приводится и другое: «Но проекция не создана для отражения душевных переживаний, она имеет место и там, где нет конфликтов. Проекция внутренних восприятий во вне является примитивным механизмом, которому, например, подчинены восприятия наших чувств, который, следовательно, при нормальных условиях принимает самое большое участие в образовании нашего внешнего мира. При еще не вполне выясненных условиях и внутреннее восприятие аффективных и мыслительных процессов проецируется, подобно восприятиям чувств, во вне, употребляется на образование внешнего мира, хотя должно было бы оставаться в пределах внутреннего мира» (Freud, с. 76).

В этом случае проекция определяется значительно более широко и не связывается со сферой бессознательного. Существование «атрибутивной» проекции некоторыми исследователями (например, Schachtel рассматривается как единственно обоснованное (см. Hörmann,

1966). Такое содержание в понятие проекции вкладывают Feshbach и Singer (1957) и многие другие.

Изучение особенностей, характеризующих образование впечатления о другом человеке, позволило установить, что познающий субъект может «вкладывать» свои состояния в другую личность, приписывать ей черты, которые в действительности присущи ему самому (А. А. Бодалев, 1970). Shibutani (1969) пишет о том, что другие люди воспринимаются как живые лишь тогда, когда на них проецируются вполне определенные, хорошо знакомые переживания и способности.

По мнению В. С. Мерлина, осознание своих психических свойств (индивидуальное самосознание) отчетливо сказывается на восприятии внешних предметов и явлений. Такое проецирование он отличает от неосознаваемого. «Образы субъективны также и потому, что в них проецируется индивидуальное самосознание» (В. С. Мерлин, 1970, с. 191). Здесь же В. С. Мерлин указывает, что проецирование не искажает отражения объективной действительности, поскольку «самосознание генетически и функционально вторично и, в свою очередь, определяется объективными условиями жизни и деятельности».

Проекция предстает перед нами как процесс проникновения элементов внутреннего мира человека, свойственных ему осознаваемых (и неосознаваемых) переживаний, черт личности, опыта взаимодействия с предметами и явлениями действительности во внешний мир.

Возвращаясь к вышеизложенному, можно сделать вывод, что в проективных методах мы имеем дело не только с установками, сформированными в результате вытеснения каких-либо «запретных» импульсов, но и с установками, выступающими как результат определенной организации прошлого опыта, создавшего избирательную готовность к предстоящим восприятиям и действиям (внутренние условия).

К более частным случаям проекции можно отнести «аутистическую» и «рационализированную».

«Аутистическая» проекция. Название этой разновидности проекции возникло в процессе экспериментального изучения порога узнавания различных объектов. Было доказано, что изображения пищи раньше опознают голодные, а затем сытые, и этот эффект назвали «аутизмом» (Levine и соавторы, 1942). В дальнейшем выяснили, что происходит не только понижение порога узнава-

ния, но и проецирование собственных потребностей (McClelland и Atkinson, 1948). Неудовлетворение потребности любого вида при определенной степени ее усиления и конкретизации ведет к включению содержания потребности в процесс воображения, а также в сновидения (В. Н. Касаткин, 1972), причем важную роль играет ожидание удовлетворения потребности.

Итак, «аутистическая» проекция основывается на модификации воспринимаемых индивидуумом явлений согласно собственным потребностям. В связи с этим интересно отметить, что А. Р. Лурия (1975), анализируя факторы «успешности» зрительного восприятия предмета, установил, что известную роль в «ошибочности» восприятия играет субъективная установка, возникающая в зависимости от потребности.

«Рационализированная» проекция близка к «классической» по неосознанности процесса, однако в данном случае личность отдает себе отчет о своем поведении. Пример этой проекции можно найти в исследовании Frenkel-Brunswik (1939). Четыре эксперта оценивали поведение 40 студентов, которые со своей стороны также описывали черты своей личности. Оказалось, что коэффициент корреляции между некоторыми объективными (экспертными) оценками и теми особенностями личности, которые отмечали у себя обследуемые, оказался довольно высоким. Так, недисциплинированность, определенная с одной стороны экспертами, с другой — самими студентами — $r=0,62$. Наиболее важным является то, что обследуемые всегда находили оправдание своему поведению по принципу «все так делают».

Таким образом, понятие проекции используется представителями различных психологических школ и объяснение ее механизма не сводится к тому, которое разработано психоанализом.

ПРОЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ

Впервые для обозначения определенной группы методов понятие проекции ввел Frank (1939), но приоритет использования этого понятия для характеристики процесса, происходящего при интерпретации стимулов, принадлежит Murray (1935). Это происходит к тому времени, когда некоторые из этих проективных методов уже

получили известное распространение (метод Роршаха, ТАТ). Этот факт имеет немаловажное значение, так как некоторые авторы полагают, что проективные методы основываются исключительно на фрейдистской методологии (Н. Алексеев, 1970). В значительной степени это обусловлено путаницей, вызванной очевидным сходством терминов «проективный метод» и «проекция» (как психоаналитическое понятие). В действительности же некоторые из этих методов (за редким исключением) были истолкованы в духе психоаналитических концепций, а не созданы на их основе.

Проективный метод, согласно Frank (1948, с. 46), «это такой прием исследования личности, в котором испытуемого помещают в ситуацию, реакцию на которую он осуществляет в зависимости от значения для него этой ситуации, от его мыслей и чувств». Помимо этого Frank в своем определении отмечает, что стимулы, используемые в проективных методах, являются многозначными. Таким образом, стимул приобретает смысл не из-за своего объективного содержания, а в связи с субъективными наклонностями и влечениями, т. е. вследствие «личностного» значения, придаваемого ситуации испытуемым. Как считает Bell (1948), такой исследовательский подход предполагает, что индивид организует действия исходя из своих собственных восприятий, чувств, эмоций и всех других аспектов своей личности.

Frank (1948) пишет, что проективные методы ни в коем случае не следует рассматривать как замену количественных, статистических процедур. По его мнению, истинное назначение этих методов — исследование специфической для каждого индивида, «идиоматической» внутренней сферы, которая может быть рассмотрена как способ организации жизненного опыта. Проективные методы удачно дополняют уже существующие, позволяют выявить как отдельные, часто глубоко скрытые черты, так и их взаимное соотношение. Frank считает, что описанные им проективные методы позволяют обнаружить те стороны личности, которые практически не обнаруживаются при использовании традиционных экспериментальных методов.

Обратимся к более поздним работам, где характеризуются проективные методы исследования личности.

В монографии Guilford (1959, с. 313) также подчеркивается своеобразие стимульного материала проективных

методов: «Проективные методы отличаются от других методов применением неструктурированного и неопределенного материала ... с их помощью мы рассчитываем получить информацию, касающуюся личности обследуемого, на основе того, что он проецирует себя в свои ответы». Эту же точку зрения поддерживает Lazarus (1961, с. 404): «Можем противопоставить психометрическим тестам методы, в которых ответы выраженно варьируют от испытуемого к испытуемому. Стимулы этих методов обычно неопределенны, неоднозначны и позволяют каждому обследуемому интерпретировать или структурировать их по собственному усмотрению. Таким образом появляются характеристики личности в известной мере уникальные, присущие тольно данному испытуемому. Эти методы называются проективными».

Наконец, приведем одно из наиболее широких определений проективных методов, принадлежащее Lindzey (1961, с. 45): «Проективный метод — это инструмент, который полагают особенно чувствительным для обнаружения скрытых или бессознательных аспектов поведения. Этот многомерный метод позволяет получить разнообразные реакции испытуемого, вызвать необыкновенное богатство ответов с минимумом осознания с его (испытуемого) стороны цели исследования... наиболее характерным свойством этих методов является то, что используемый стимульный материал неоднозначен, неопределен... и ответы не могут быть оценены как правильные или неправильные».

Таким образом можно выяснить общие черты методов, которые мы называем проективными (см. приложение 3). Общими для этих методов являются следующие признаки: 1) неопределенность, неоднозначность стимулов; 2) отсутствие ограничений в выборе ответа; 3) отсутствие оценки ответов как «правильных» или «ошибочных».

Frank (1939, 1948) предложил первую классификацию этой группы методов:

1. *Конститутивные методы.* Испытуемому предлагают какой-либо беспорядочный, неоформленный материал, которому он должен придать субъективный смысл (примером может служить метод Роршаха).

2. *Конструктивные методы.* В процессе эксперимента испытуемому предлагают оформленные детали (фигурки людей, кубики и т. п.), из которых необходимо создать по

своему желанию осмысленное целое и истолковать его (см. приложение 3).

3. *Интерпретационные методы.* Здесь требуется истолковать какое-либо событие, эпизод, которые допускают различное толкование (например, тематический апперцепционный тест).

4. *Катартические методы.* В данном случае испытуемый, как предполагается, в изобразительной деятельности реализует подавляемые мотивы и отношения.

5. *Рефрактивные методы.* Эта разновидность методов позволяет судить о скрытых мотивах по непроизвольным изменениям или нарушениям, которые вносятся испытуемым в общепринятые средства общения (речь, письмо).

Рассмотренная классификация в настоящее время распространена в зарубежной психологии несмотря на многочисленные попытки ее изменения и усовершенствования.

Frank в основу своей классификации положил тип реакции, появляющейся в результате применения какого-либо метода. Ряд исследователей пытались упростить классификацию. Они считали (Sargent, 1945), что возможно применить более простые критерии, а именно: 1) характер предъявляемого испытуемому материала; 2) род деятельности испытуемого; 3) способ представления материала испытуемому; 4) цель, для которой предпринято исследование.

Развитие этой классификации находим у Lindzey (1959), который предлагает систематизировать методы, учитывая следующие критерии: 1) особенности, присущие материалу метода (структурированный или неструктурированный стимул, слуховой или зрительный); 2) принципы, в соответствии с которыми метод был сконструирован (основания теоретические или исключительно эмпирические); 3) способ толкования (анализ формальный или содержательный); 4) цель, с которой используется данный метод; 5) способ проведения эксперимента (групповой, индивидуальный); 6) тип реакции, обусловливаемый данным методом.

Определенный интерес представляют классификации, появившиеся в последних работах зарубежных исследователей. Тип реакции положен в основу классификации Rabin и Haworth (1960), которые выделяют пять таких типов: ассоциацию, конструкцию, дополнение, выбор и

решение, экспрессию. В соответствии с этим они предлагают различать следующие группы проективных методов:

1. Методы ассоциативные (метод Роршаха).

2. Методы конструктивные (создание истории, рассказа и т. п.).

3. Методы, основанные на дополнении (требуется завершить предложенный рассказ, предложение и т. п.).

4. Методы, основанные на выборе и решении (наиболее близки к психометрическим, например метод Szondi).

5. Методы экспрессивные (близки к катартическим, по Frank). Из классификации видно, что некоторые методы могут быть отнесены одновременно и к ассоциативным, и к экспрессивным (метод Роршаха).

С нашей точки зрения, заслуживает внимания достаточно простая и удобная классификация, предложенная Porot (1967). Автор подразделяет методы на: визуальные (рисунки, фотографии и т. п.); вербальные (окончание рассказов, предложений и т. п.); игровые (направленные на вызов спонтанных реакций); графические (рисунок на заданную или произвольную тему).

Данная классификация также не лишена недостатков, но в силу своей простоты может быть использована как предварительная при решении практических задач.

Рассматривая проективные методы исследования личности, следует отметить, что понятие проекции для их обозначения у ряда психологов вызывает возражение. Некоторые исследователи предпочитают говорить об «апперцептивном искажении» (Bellak), предлагают понятие «тест неправильного восприятия» (Cattell), а Eysenck (1953) указывает, что принцип проекции, на котором основываются эти методы, не соответствует тому механизму проекции, который рассматривался Фрейдом и его школой. Тем не менее большинство исследователей принимает исторически сложившееся название рассматриваемых методов как проективных.

Часто возражают против употребления понятия «тест» для обозначения обсуждаемых методов. Эта точка зрения вполне правомерна. Так, польский психолог Kreutz (1962) пишет, что понимание проективного метода как теста стирает наиболее существенную особенность этой разновидности методов. При применении тестов выводы о свойствах индивида, его диспозициях, как справедливо отмечает Kreutz, делают исходя из той деятельности, которая является их актуальным корреля-

том (например, по способности к запоминанию мы судим о памяти и т. д.). Проективные методы позволяют на основании ответов испытуемого делать заключение не о его способности, скажем, рассказывать истории, а об основных чертах его личности. Недаром Kreutz предлагает определять проективные методы как «методы исследования психических симптомов». На наш взгляд, целесообразно сохранить понятие «тест» исключительно для психометрических проб.

В настоящее время за рубежом проективные методы исследования личности широко применяются во всех отраслях современной психологии. Так, наряду с клинической практикой они используются для исследования социональных явлений (Fromm и Maccoby, 1970).

Sargent (1945) указывает на три фактора, определяющих популярность проективных методов: 1) связь с психоанализом; 2) связь с «глобальными» теориями; 3) поддержка, исходящая от общенаучных исследований. Значение психоанализа в распространении проективных методов следует оценивать исходя из того, что именно в психоаналитических исследованиях было наиболее четко указано на невозможность полностью определить поведение человека сознательными, лежащими на поверхности мотивами. Мы уже отмечали, что связь между бессознательной сферой и реакциями на стимул не может быть признана простой и однозначной, в то же время сама возможность хотя бы косвенно подойти к экспериментальному изучению того, что лежит в глубинах психики, вызвала острый интерес психологов (вспомним, что проективные методы — своего рода протест против психологии бихевиоризма).

Появившиеся почти одновременно с проективными методами целостные, глобальные теории личности (различные «organismic» теории, теория поля и т. п.) послужили своеобразным теоретическим подкреплением новых методов, также претендующих на то, что они учитывают все многообразие личностных проявлений (особенно характерны эти претензии для ранних этапов развития проективной техники).

Во втором десятилетии нашего века в науке происходили революционные преобразования, сущность которых можно расценить как попытку выйти за пределы ограничений, налагаемых самой наукой, проникнуть за рамки собственной, внешне непротиворечивой системы по-

стулатов и категорий. Эти преобразования коснулись и психологии, в которой проективные методы открыли новые пути исследования личности.

В советской психологии сложилась традиция тщательного теоретического анализа тех методов, которые разработаны за рубежом. Не составляют исключения в этом плане и методы проективные. Вопросы, связанные с созданием методов исследования личности, их применением и обоснованием, носят методологический характер, ибо за определенными методами стоят чуждые нашей психологии теоретические концепции (Б. В. Зейгарник и С. Я. Рубинштейн, 1970; Б. Д. Карвасарский и Б. В. Иовлев, 1971).

Как уже отмечалось, длительное время отечественные психологи непосредственно связывали проективные методы с психоаналитическими построениями, в связи с чем их отрицали как методологически несостоятельные. В последнее время от этой необоснованной точки зрения постепенно отказываются. Как справедливо отмечает Ю. С. Савенко (1971), жесткой связи проективных методов с чуждыми над теориями не существует. Высказывается мнение, что проблеме проекции в советской психологии уделяется явно недостаточное внимание (Б. Д. Карвисарский и Б. В. Иовлев, 1971).

В. М. Коган и М. С. Роговин (1964), рассматривая проективные методы исследования личности, отмечают, что их основное противоречие в том виде, как они применяются за рубежом, связано с тем, что при использовании объективных раздражителей, дают субъективные, идеалистические интерпретации. Эту же мысль подтверждает В. А. Ядов (1972), считая, что проективные методы, результаты которых могут быть прочтены поразному, тем не менее позволяют обнаружить немало устойчивых и надежных показателей свойств личности, ориентаций, стереотипов мышления. Проективные методы предлагают использовать для изучения: 1) структуры мотивации; 2) структуры активности; 3) структуры личностной интеграции (С. В. Цуладзе, 1969).

Таким образом, сами по себе методы не отличаются сколько-нибудь выраженной тенденциозностью, лишь толкование полученных данных может нести на себе отпечаток различных идеалистических теорий.

Область применения проективных методов в нашей стране пока ограничивается преимущественно клиничес-

кими исследованиями, однако подобный подход при исследовании личности в последние годы приобретает все более широкое распространение. Появились работы, авторы которых пытаются изучать личность здорового человека с помощью проективных методов (В. Г. Норакидзе, 1973, 1975).

В связи с этим необходимо остановиться на недостатках проективных методов, наиболее существенным из которых является недостаточное теоретическое обоснование. Это связано с тем, что пока нет обоснованной и логически завершенной общей теории личности. Помимо этого теоретическое обоснование проективных методов тормозится довольно широко распространенными среди специалистов взглядами о том, что эти методы находятся вне психологической теории (Thurstone) и ни одна из существующих теорий не может служить их основой (Bellak, Abt).

В настоящее время недостаточно разработана стандартизация многих проективных методов. Это усугубляется еще и тем, что многие авторы вводят собственные, специфические термины, не всегда точно определяя их содержание. До последнего времени мало внимания уделялось значению стимула, а также существующему статистическому аппарату. Все это обусловило известный субъективизм в оценке данных и толковании результатов. Необходимо заметить, что субъективность характерна для любого психологического эксперимента, тем более при анализе результатов, полученных с помощью проективных методов (в связи с эвристичностью самих методов). Большое значение имеет также опыт экспериментатора, интерпретирующего полученные результаты. Именно на этом этапе, как уже отмечалось, возможно использование ложных теоретических посылок.

Ни один взятый сам по себе прием исследования личности или группа однотипных приемов не могут дать исчерпывающей картины личности. Тем не менее с помощью рассматриваемых методов можно получить ценный материал, который будет основой для последующего, более глубокого описания личности.

В истолковании данных мы должны прежде всего исходить из знания о личности. Только такой подход к применению для анализа личности любых, в том числе и проективных, методов может принести важные научные и практические результаты.

РОЛЬ СТИМУЛА В ПРОЕКТИВНЫХ МЕТОДАХ

Как показано выше, исследователи, дающие определение проективных методов, всегда отмечают неоднозначность, неопределенность используемой в них стимуляции. Эта особенность стимула является важнейшим условием реализации процесса проекции. Признавая важность степени структурированности стимула, мы должны остановиться на некоторых дискуссионных вопросах, возникающих в связи с его ролью в проективных методах.

Из классических психологических исследований хорошо известно, что восприятие не может быть полностью и окончательно связано со стимулом (например, фи-феномен). Данные об отсутствии соответствия между стимулом и восприятием в какой-то мере явились основой для построения проективных методов. В разработке и использовании их, особенно на ранних этапах, полагалось, что неструктурированные, неопределенные стимулы наиболее способствуют проявлению индивидуального в восприятии. Из этого делали вывод о том, что чем менее структурирован стимул, тем более в процессе его переработки проявляется личность. Такая модель проективного теста в настоящее время весьма распространена. Однако нельзя признать состоятельной попытку (идущую, несомненно, от психоанализа) «подключить» к проективному методу личность как единственный фактор.

Приблизительно в середине 50-х годов нашего столетия у исследователей возник интерес к проблеме стимула в проективных методах. По мнению Kenny (1964), этому способствовали успехи изучения поведенческих детерминант в восприятии. Ряд экспериментальных работ заставляет усомниться в справедливости положения о том, что влечения, потребности проявляются тем ярче, чем менее структурированы стимулы. Наблюдения показывают, что результаты, получаемые с помощью проективных методов, зависят от особенностей используемой стимуляции. Kenny упоминает работы, показывающие, что «популярные» ответы на таблицы Роршаха, а также сходные темы в рассказах по ТАТ обусловлены прежде всего особенностями стимуляции. В связи с этим интересны результаты исследования сопутствующего значения стимулов Роршаха методом семантического дифференциала (Kenny, 1964).

Оказывается, что каждый стимул, обладает особым значением.

Таблица I — уродливый, грязный, жестокий, огромный, сильный, грубый, активный, гневный.

Таблица II — счастливый, сильный, активный, быстрый.

Таблица III — хороший, чистый, счастливый, легкий, активный, быстрый.

Таблица IV — плохой, грязный, жестокий, сильный, тяжелый, медленный, очень жестокий, мужского типа.

Таблица V — легкий, активный.

Таблица VI — большой по размеру.

Таблица VII — хороший, красивый, чистый, счастливый, легкий, хрупкий, нежный, миролюбивый, женственный.

Таблица VIII — чистый, активный.

Таблица IX — сильный, активный, горячий.

Таблица X — хороший, красивый, чистый, счастливый, легкий, активный, быстрый.

Как отмечает Kenny, эти данные указывают, что отдельные стимулы метода Роршаха вызывают у испытуемых специфические сопутствующие реакции. На это указывают также исследования, связанные с модификацией стимула (изменение цвета) и особенностями его предъявления (тахистоскопическое предъявление). Однако мы не можем указать, какие именно свойства стимула обусловливают реакции испытуемых.

Определенный интерес представляют предлагаемые Kenny девять постулатов, которые, по его мнению, можно представить как теоретическую основу дальнейших исследований взаимоотношений между стимулом и характером ответов испытуемого.

Первый постулат посвящен обоснованию зависимости ответов испытуемого от используемой модели стимула проективного метода. В проективных методах используется три модели стимулов. Первая основана на относительной частоте реакций испытуемого на стимул (метод Роршаха, ТАТ). Вывод об определенных чертах личности получают после подсчета сходных ответов (количество ответов W, D и т. д.). Вторая — относительная частота специфичных ответов, используя эту модель исследователь выбирает стимулы для измерения четко определенной черты личности и, оценивая результаты, подсчитывает, сколько раз проявляется в ответах искомая харак-

теристика (картины типа ТАТ, стимулирующие у испытуемого высказывания, связанные с мотивом достижения успеха в жизни). Третья, сравнительно редко используемая, модель построена на общей однородности стимулов со ступенчато изменяющейся структурой (снижение неструктуированности). Стимулы располагаются в порядке возрастания возможности вызвать в ответе проявление определенной черты личности обследуемого.

Автор приходит к выводу, что по мере приближения к модели, основанной на общей однородности стимулов, сходные ответы на проективный тест отражают аналогичные черты испытуемых. Обсуждаемые Kenny исследования часто имеют противоречивый характер и поэтому вряд ли можно безоговорочно принять этот постулат.

Второй постулат утверждает, что для валидных сравнений между отдельными обследуемыми (или группами) необходимо исходить из постоянства функционального стимула для всех испытуемых (под функциональным стимулом понимаются те свойства номинального, которые используются для формирования ответа). Во многих психологических экспериментах возможны серьезные расхождения между функциональными стимулами. Прежде всего это касается исследований, проводимых на различном этническом материале. Можно предположить, что отличия результатов представителей двух различных культур могут быть связаны только с особенностями их процесса восприятия именно как представителей определенных этнических групп, а не отражают их личностные характеристики. Автор справедливо призывает к осторожности при сравнении данных, если не доказана эквивалентность «систем декодирования» проективного стимула.

В третьем постулате сформулировано положение о том, что проекция является функцией воспринимаемого сходства. Рядом экспериментов Kenny подтверждает, что если стимул (стимульные фигуры) воспринимается испытуемым как сходный с ним, то ему будет приписано собственное аффективное состояние (замещающая проекция). Когда сходство не обнаруживается, возникает так называемая дополнительная проекция. Есть также данные, что слабоосознаваемое эмоциональное состояние приписывается испытуемыми фигурами, с которыми усматривается сходство. По результатам исследований Feshbach (см. Kenny, 1964), замещающая проекция име-

ет место при социально приемлемых и позитивных аффектах.

Kenny проводит детальный анализ исследований, позволяющих сделать выводы по данному постулату. Речь идет об использовании структурированных стимулов, так как при нарушении этого положения нельзя говорить о восприятии испытуемым сходства со стимульной фигурой. Необходимо сказать, что не все исследователи придают большое значение фактору «отождествления». Эксперименты, проведенные в условиях, препятствующих отождествлению, также позволили получить диагностически ценный материал.

Согласно *четвертому* постулату, резко выделяющиеся (protusive) особенности стимула приводят в ряде случаев к перцептивному дисфункционированию. Примером этого могут служить яркие краски, угрожающие фигуры. Автор, ссылаясь на исследования Piaget, отмечает, что на ранних этапах развития воспринимаемые предметы и явления действительности не имеют для человека символического значения, воспринимаются только цвет и форма. По мере развития интеллекта происходит освобождение от безраздельного влияния внешних признаков и влияние стимула на познавательные процессы становится все меньшим (способность к децентрации). Предполагают, что испытуемые с хорошо развитой способностью к децентрации могут резко выделяющиеся, необычные стимулы включить в свою развитую «декодирующую систему». У лиц с менее развитой децентрирующей способностью попытка введения нестандартных стимулов в систему декодирования повышает уровень активации (arousal) до такой степени, что нарущается нормальное перцептивное функционирование.

Из вышеизложенного следует, что при толковании результатов проективных методов, в которых используют резко выделяющиеся характеристики стимулов, следует учитывать индивидуальные особенности обследуемых, их способность к децентрации. Для доказательства постулата приводятся результаты изучения влияния цвета на особенности интерпретаций стимулов метода Роршаха. В итоге Kenny считает, что в настоящее время получены только косвенные данные, подтверждающие справедливость этого постулата.

В *пятом* постулате сформулировано предположение о зависимости между диффузными, «светотеневыми» сти-

мулами и состоянием беспокойства, тревоги у обследуемых. Получены некоторые эмпирические данные, свидетельствующие о том, что восприятие однородного, неструктурированного серого поля может вызвать состояние тревоги. Интересен семантический анализ подобных стимулов. Испытуемые часто характеризуют их как «неприятные», «туманные» и «холодные», что, возможно, связано с состоянием беспокойства и тревоги. Однако автор считает, что этот постулат необходимо экспериментально обосновать.

Шестой постулат предполагает, что при исключении влияния различного культурного уровня ответы испытуемых, отклоняющиеся от «перцептивных требований» стимула (идиосинкратические), будут показателями существенных характеристик личности. В настоящее время в проективных методах используют показатели «отклонения». Так, в методе Роршаха надежным показателем отклонения ответа от «нормы» является F+%. Тем не менее автор указывает на необходимость дальнейших исследований в этом направлении и считает, что в проективных методах важно использовать стимулы, реакции на которые легко предсказать. Если стимул может вызвать множество различных толкований, то экспериментатор будет поставлен перед проблемой критерия «отклоняющегося», идиосинкратического ответа.

Седьмой постулат предполагает, что при возрастании воспринимаемого испытуемым подобия между припоминаемыми ситуациями (или фигурами), насыщенными тревогой, беспокойством (high — anxiety — evoking situations), и их стимульной репрезентацией в проективном материале возрастает и степень тревожности.

Приводя экспериментальные подтверждения седьмого постулата, полученные на материале тестов тематической апперцепции и ассоциации слов, Kenny подчеркивает, что для обоснованных заключений по результатам проективных методов необходимо учитывать ассоциативные характеристики стимулов и возможную связь этих стимулов (стимульных фигур) с событиями жизни испытуемых, в которых они переживали тревогу, беспокойство.

Восьмой постулат предполагает наличие определенной зависимости между побуждениями (drive) испытуемого и стимулами, содержание которых связано с этими побуждениями. Автор вводит следующие предположения: 1) стимулы проективного метода, содержащие элементы

влечений, побуждений испытуемого, избирательно суживают количество возможных декодирующих реакций; 2) по мере увеличения числа декодирующих реакций возрастает уровень активации индивидуума; 3) обследуемые стремятся поддерживать средний уровень активации, избегая крайностей (отфильтровывание стимулов, которые могут повысить или понизить уровень активации); 4) если состояние тревоги, беспокойства не подавляет декодирующие реакции, связанные с побуждением, влечением, то уровень тревоги вступит во взаимодействие с внутренними и внешними побуждениями, вследствие чего усилятся побудительно-ориентированные программы мышления; 5) побуждения, влечения способствуют возрастанию градиента стимульной генерализации (испытуемые с сильно выраженными побуждениями легче «опознают» их в стимулах проективного метода, содержащих слабо выраженные элементы этого побуждения, чем те, у кого эти побуждения выражены незначительно).

На основании вышеизложенного Кеппу заключил, что демонстрирование испытуемому высокоструктурированных стимулов, насыщенных элементами того или иного побуждения, является наилучшим способом дифференциации индивидов по степени выраженности у них этого побуждения. Это положение не имеет смысла, если обследуемые характеризуются примерно одинаковым культурным уровнем. В таких случаях следует ожидать стереотипных реакций независимо от интенсивности побуждения.

Таким образом, гипотеза о том, что стимульный материал, в котором слабо представлены темы побуждений, является наилучшим для их проекции, не подтверждается.

Девятый постулат предполагает, что уровень активации связан с неопределенностью стимула. На основании собственных исследований Кеппу делает вывод, что неопределенность стимула (оцененная с позиций теории информации) положительно коррелирует с факторами «силы» и «активности», а отрицательно — с фактором «оценки» (уровень активации приближенно определялся с помощью факторов «силы» и «активности» по методу семантического дифференциала). Таким образом, неопределенность повышает активацию, высокий уровень которой нежелателен. Это заключение противоречит предположению, что неопределенные стимулы облегчают про-

явление скрытых слоев личности. Однако автор считает, что необходимы дополнительные исследования для обоснования этого предположения.

В заключение обзора функций стимула в проективных методах Kenny подчеркивает, что предложенные постулаты являются ориентировочными и, возможно, некоторые из них не получат экспериментального подтверждения.

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ

На ранних этапах развития проективных методов их обосновывали с помощью положений психоанализа и гештальтпсихологии. В дальнейшем для этого начали использовать результаты исследований, показывающих детерминированность процесса восприятия личностными факторами.

Значительное влияние на создателей и толкователей проективных методов оказали концепция Фрейда о «первичных» и «вторичных» психических процессах, а также положения о катексисе и гиперкатексисе стимулов (в психоанализе под катексисом понимают психическую энергию, тесно связанную с демонстрацией внешнего объекта. В данном случае полагают, что катексис к неструктурированным стимулам затруднен). Неструктурированные стимулы проективных методов рассматривались как ослабляющие или основательно нарушающие «вторичные» процессы, ориентированные на реальность и тормозящие развитие гиперкатексиса.

При обосновании проективных методов с позиций гештальтпсихологии исходили из того, что проективный стимул — «обратимая» фигура, которую можно толковать различно. Согласно положениям этой психологической школы, при толковании стимула аутохтонные факторы определяют границы влияния интрапсихических. Если аутохтонные факторы значительно выражены, то характеристики личности будут оказывать лишь незначительное влияние на формирование образов. Напротив, слабоструктурированные, неопределенные стимулы будут способствовать максимальному проявлению личностных особенностей в восприятии. Несмотря на это, принципы перцептивной организации оказывают влияние на ответы испытуемого. Гештальтпринципы перцептивной организации могут быть представлены в виде следующих

пяти законов (в основном эти принципы рассматривались применительно к методу Роршаха):

1. *Закон удовлетворительного продолжения.* Происходящее при восприятии структурирование стимула устраняет аморфные черты материала. Испытуемый, стремясь согласовать форму стимула с формой хорошо знакомого предмета, может «сглаживать» стимул, отбрасывая мелкие детали.

2. *Закон подобия.* Сходные стимулы вызывают перцептивные процессы, приводящие к их объединению или группировке при восприятии.

3. *Закон целостности.* «Неполные» стимулы вызывают перцептивные процессы, побуждающие к созданию целого. Так происходит образование единого перцепта при восприятии стимулов метода Роршаха, имеющих разрывы в контуре.

4. *Закон близости.* Формирование перцептов происходит между близкими структурными компонентами проективного стимула. Этот принцип, в сочетании с принципом симметрии, позволяет выделить в стимулах метода Роршаха главные детали. Это подтверждается трудностями, испытываемыми обследуемыми при создании целостных ответов (W) по табл. X метода Роршаха.

5. *Закон симметрии.* Симметричные компоненты проективного стимула облегчают перцептивную группировку (в методе Роршаха симметричность стимулов имеет большое значение).

Считают, что перечисленные законы восприятия применимы ко всяким стимулам (в структурной психологии не учитывают, что все явления человеческого восприятия сложились в определенных исторических условиях). Однако есть основания полагать, что влияние этих законов зависит от структурированности стимула и нуждается в дальнейшем изучении (Kenny, 1964).

Piotrowski (1957) в связи с обсуждением положений, на которых базируется метод Роршаха, отметил, что нет восприятия без селекции, а селекция является функцией личности. Важный вклад в теоретическое обоснование проективных методов внесен новейшими исследованиями в области восприятия, которые позволяют подойти к решению вопроса о диагностировании особенностей личности на основе перцепции.

В связи с этим представляют интерес эксперименты американской психологической школы New Look (Новый

взгляд). Представители этой школы по-новому переосмысливают традиционную психологическую проблему. Источником активности восприятия является личность. Исходя из этого формулируется исследовательская задача — изучить взаимосвязь, существующую между динамикой личности и динамикой восприятия. Bruner, один из известнейших представителей New Look, считает, что «теория личности не может быть полной без соответствующей теории восприятия и аналогично нельзя объяснить всю совокупность феноменов восприятия, не включив в теорию восприятия личностных факторов» (Bruner, 1977).

Он предлагает различать два вида детерминант восприятия: аутохтонные и поведенческие. Первые присущи перцептивной организации индивида, отражают характерные электрохимические свойства рецепторов и нервной ткани. Поведенческие детерминанты находятся вне формальных границ сенсорики, они включают мотивацию, свойства личности и т. д. «То, что видит индивид, что актуально существует в восприятии, — это своего рода компромисс между тем, что определяется аутохтонными процессами, и тем, что отбирается процессами поведенческими» (Bruner, 1977, с. 70).

Из сказанного следует, что ограничение влияния аутохтонных факторов посредством создания, например, слабоструктурированных стимулов облегчает проявление факторов поведенческих, или экстрасенсорных. «Что касается неопределенности, или двойственности, в поле восприятия, то обычно считалось, что при прочих равных условиях чем она выше, тем больше шансов на вмешательство поведенческих факторов» (Bruner, 1977, с. 71). Это положение следует подчеркнуть, ибо в большинстве исследований Bruner наблюдается аналогия с условиями проективного эксперимента — неоднозначность, неопределенность стимуляции.

Впоследствии Bruner сталкивается с необходимостью предположить существование механизма, опосредующего влияние личностных факторов на восприятие (в противном случае восприятие становится непосредственным выражением характеристик личности). Таковым становится своеобразное когнитивное образование, или гипотеза — понятие, близкое «установке», «познавательному предрасположению». Процесс восприятия состоит из трех этапов:

1. Готовность к восприятию (гипотеза).

2. Прием информации из среды.

3. Процесс проверки или подтверждения (информация либо подтверждает гипотезу, либо оказывается несоответствующей ей).

Важнейшей характеристикой гипотезы является ее сила. Чем сильнее гипотеза, тем выше вероятность ее возникновения и меньше количество информации, необходимой для ее подтверждения, следовательно, тем больший объем несоответствующей информации необходим для ее опровержения. Сила гипотезы зависит в основном от пяти факторов: частоты подтверждения в прошлом, количества альтернативных гипотез, познавательного подкрепления, мотивационных и социальных факторов.

Таким образом, теорию восприятия и теорию личности связывают различия в характере и силе гипотез, используемых различными индивидами. Эти различия отражают особенности личности.

Bruner и сотрудники ставят вопрос о том, каким образом личностные факторы влияют на восприятие. Возможен и иной путь — от восприятия к личности. В этом случае восприятие рассматривают как процесс, в котором проявляются стабилизированные установки личности.

В экспериментах Witkin и сотрудников (1954) испытуемым предлагали различные перцептивные задачи (первоначально предметом исследований было восприятие пространства). В итоге были выделены устойчивые характеристики восприятия, а затем предпринята попытка обнаружить черты личности, с ними связанные. В какой-то степени исследования Witkin — развитие положений гештальтпсихологии, в которых уделяется мало внимания активности индивида в акте восприятия. Эти работы показывают, что частный способ восприятия связан с определенными свойствами личности и соответствует ее определенному «стилю».

Мы рассмотрели два типа исследований восприятия— «личностный» и «перцептивный», имеющие важное значение для теоретического обоснования проективных методов. Как отмечает Bruner, «оба подхода должны неизбежно сойтись и результатом этого будет анализ личностных факторов в теории восприятия и перцептивных факторов в теории личности» (1977, с. 83).

Общим методологическим недостатком проанализированных теорий является игнорирование принципа дея-

тельности. В советской литературе вопросам теоретического обоснования проективных методов посвящен ряд исследований (Л. Ф. Бурлачук, 1974; В. М. Блейхер и Л. Ф. Бурлачук, 1978; В. Г. Норакидзе, 1975; Е. Т. Соколова, 1976). Не лишена интереса попытка представить установку как механизм проекции (мы уже отмечали ранее, что проекция может быть понята и как реализация установок).

Согласно Д. Н. Узнадзе, завершенное структурное восприятие возможно только после сформирования соответствующей установки: «Эта установка может вступать в связь с прошлым опытом, с фиксированными в прошлом нереализованными установками, и, таким образом, в процессе структурирования слабых структур и присвоения им определенного значения могут выявиться особенности целостной душевной структуры личности, природа ее мотивов» (В. Г. Норакидзе, 1975, с. 165).

Основополагающим принципом для объяснения и анализа феномена проецирования, на наш взгляд, является представление об активности процесса восприятия, его личностном характере.

Используя теорию деятельности (Л. С. Выготский, 1956; С. Л. Рубинштейн, 1957; А. Н. Леонтьев, 1959; П. Я. Гальперин, 1965, и др.), можно по-новому представить проблему активности восприятия и изучать детерминацию восприятия со стороны личностного фактора деятельности. Применяя диалектико-материалистическую концепцию детерминизма к анализу психических явлений, С. Л. Рубинштейн (1957) указывал, что внешние причины действуют через внутренние условия, которые сами формируются в результате внешних воздействий. «Внешнее воздействие дает тот или иной психический эффект, лишь преломляясь через психическое состояние субъекта, через сложившийся у него строй мыслей и чувств. Всякий психический процесс протекает как бы на фоне определенного психического состояния человека, обусловливающего его течение, и своим последействием имеет его изменение».

С. Л. Рубинштейн определяет основную задачу психологической науки как раскрытие внутренних психологических условий, опосредующих психический эффект внешних воздействий на субъекта и внутренних закономерностей внешне обусловленной психической деятельности.

Исследованиями Л. С. Выготского (1956) было вскрыто происхождение высших психических функций, показана их социальная обусловленность, выработаны методы системно-структурного анализа психической деятельности. Анализ строения и процесса формирования деятельности позволил сформировать положение о психике как деривате внешней практической деятельности, результате ее интериоризации.

Для решения проблем и задач клинической психологии вышерассмотренные положения имеют большое значение, так как благодаря им произошел переход исследований от изучения распада отдельных функций к изучению тех или иных форм деятельности больного (Б. В. Зейгарник, 1962—1971; Ю. Ф. Поляков, 1962—1972).

Применение рассмотренных принципов к анализу проективных методов позволяет решать вопросы, связанные с адекватным пониманием механизма проекции.

Из разработанного советскими психологами понимания процесса восприятия как одной из форм активности личности, включенной в контекст общей психической и практической активности, вытекает и понимание данного процесса как сложноструктурного, необходимо включающего изменения установок, тенденций, мотиваций. В любом перцептивном действии выступает личностное отношение человека, отражается вся многообразная жизнь личности (С. Л. Рубинштейн, 1957).

Таким образом «...воздействие внешнего объекта опосредуется обусловленной им деятельностью субъекта. Выражением так понимаемой закономерной обусловленности образа является его характеристика как субъективного...» (С. Л. Рубинштейн, 1957). Именно в силу опосредования через внутренние условия, сформированные в зависимости от предшествующих внешних воздействий, и становится возможным введение в образ внешнего мира (проецирование) определенных элементов установок, тенденций личности. Иными словами, процесс актуализации ассоциаций, представлений не является оторванным от строения и особенностей личности, а связан с «внутренними условиями». В соответствии с этим проективные методы предлагают понимать как направление на опосредованное изучение личности (Б. В. Зейгарник, 1971).

Зависимость восприятия от общего содержания психической жизни человека, особенностей личности опреде-

ляется как апперцептивность, а поскольку восприятие всегда активно, то мы считаем, что использовать дополнительное понятие «апперцепция» нет необходимости.

Проекция, обусловленная активностью восприятия, не механический процесс наложения субъективного на внешний объект, не проекция в собственном значении этого слова, а фактор, принимающий непосредственное участие в формировании образов действительности. Использование неоднозначной стимуляции при отсутствии строго определенной мотивации деятельности (основной принцип проективного подхода) позволяет изучать влияние несенсорных личностных факторов. При уменьшении влияния структуры процесс восприятия разворачивается как сложная аналитико-синтетическая деятельность. Выделение существенных признаков, их сопоставление и создание в результате этого гипотезы направлено на «снятие неопределенности». Вся эта сложная деятельность пронизана личностным смыслом.

Надо полагать, что способ разрешения человеком неопределенности — это общая и фундаментальная характеристика индивида. Увеличение неопределенности (в известных пределах) побуждает субъекта к активизации деятельности, актуализации прошлого опыта. С преодолением неопределенности мы сталкиваемся в любых видах деятельности (вспомним известную концепцию об эмоциях как реакциях организма на дефицит информации о среде). Направленность на снятие неопределенности характеризует поведение субъекта на биологическом, психологическом и социальном уровнях. Снятие неопределенности может происходить как целенаправленный процесс, а порой на первый план могут выдвигаться эмоциональные реакции — конкретные и многообразные формы реагирования, зависимые от особенностей личности.

Из всех возможных решений ситуации мы выбираем то, которое есть в нашем опыте, закреплено через действие или переживание, т. е. проецируем присущий нам и никому более способ подхода и разрешения ситуации.

Исходя из вышеизложенного проективные методы следует рассматривать как приемы опосредованного изучения личности, основанные на построении специфической, пластичной стимульной ситуации, создающей из-за активности процесса восприятия условия, наиболее благоприятные для проявления установок эмоциональных состояний и других особенностей личности.

ГЛАВА II
МЕТОД РОРШАХА

Метод Роршаха, опубликованный автором в 1921 г., является наиболее распространенным приемом исследования личности (в библиографии, изданной в 1964 г. Lang, упоминается 3855 работ, посвященных этому методу). Только в США с помощью этого метода ежегодно обследуют около 1 млн. человек.

Со времени создания метод Роршаха подвергся определенной обработке в различных психологических школах и направлениях. Можно, в частности, назвать исследования Bohm (1968), Beck (1944, 1945, 1952), Klopfer и соавторов (1954, 1956, 1970), Piotrowski (1957). В разработке метода выделяются два основных направления: европейское и американское (представленное психологами США).

Для европейского направления характерны использование и анализ показателей, предложенных самим автором. Метод разрабатывается в плане уточнения и обогащения психологического значения показателей (групп показателей). Американские исследователи (под влиянием психометрии) вводят в метод новые символы, разрабатывают приемы их количественного анализа (Klopfer и др.). Если исходить из содержания психологических предположений и значений, объясняющих показатели, то различия между представителями этих направлений, как справедливо отмечает Piotrowski, оказываются незначительными.

Метод Роршаха относится к наиболее сложным приемам исследования личности и работа с ним требует определенных теоретических знаний и практического опыта. Некоторые авторы считают, что самостоятельно овладеть методом практически невозможно и необходимо специальное обучение.

Нет оснований считать метод Роршаха «элитарным». Подобные взгляды высказывают прежде всего психоаналитически ориентированные исследователи. По утверждению Фрейда, психоанализу нельзя обучить, его нельзя доказать, а можно лишь испытать на практике. Что же

касается дидактического психоанализа, то это, по остроумному замечанию Fraisse (1956), не что иное, как «посвящение в тайну».

В целом идеи психоанализа влияют на современную «роршахиану». Нельзя также игнорировать воздействие психоанализа на швейцарскую школу (Bohm), положения которой якобы позволяют «...удержаться как от интерпретационных, так и от аналитических крайностей» (Ю. С. Савенко, 1972, с. 175). Широко распространено мнение, что результаты применения проективных методов можно обоснованно и надежно толковать только с использованием психоанализа (Harrower, 1965; Schafer, 1954, и др.). Высказывание Wells (1968) о том, что «фрейдизм, как и прагматизм, вездесущ...» и «...составляет часть идеологической атмосферы, которой неизбежно дышит каждый американец...» может быть распространено и на значительную часть европейских исследователей, занимающихся методом Роршаха.

Отечественные психологи использовали метод Роршаха эпизодически. Однако в последнее время интерес к проективным методам повышается и поэтому следует обсудить и критически осмыслить значительный материал, накопленный зарубежными исследователями.

Обсуждаемые в настоящей главе диагностические показатели метода Роршаха, и это необходимо подчеркнуть, не имеют однозначного психологического значения. Окончательная однозначность «...достигается в клиническом контакте, при ответе на конкретные альтернативы клинициста» (Ю. С. Савенко, 1976, с. 107), причем дифференциально-диагностическое значение показателей метода тем определеннее, чем большая совокупность показателей, относящихся к конкретной задаче, изучалась.

ПРЕДЫСТОРИЯ МЕТОДА РОРШАХА

Исследование индивидуальных особенностей толкований случайных изображений, «пятен», которое лежит в основе метода Роршаха, имеет свою предысторию. Bohm (1968) отмечает, что Леонардо да Винчи предлагал художникам рассматривать случайные туманные изображения, образованные игрой теней, прожилками на камне, и говорил, что открывающийся в них удивительный мир вдохновляет на создание новых форм, разнооб-

разных и оригинальных ракурсов. При этом художник ссылался на Боттичелли.

Издавна дети, а часто и взрослые чувствовали особую притягательную силу неопределенных форм, образуемых плывущими по небу облаками, лунными отблесками на воде, и находили в этих меняющихся формах знакомые фигуры. Может быть, именно как порождения игры воображения при взгляде на вечно меняющиеся очертания фосфоресцирующей морской воды и колеблемых ею водорослей возникли фантастические легенды о русалках с длинными волосами, различных морских драконах.

Способность людей представлять различные фигуры в расплывчатых, неопределенных формах, в игре красок с незапамятных времен использовалась различными магами и священнослужителями для ритуалов и предсказаний (вспомним распространенный в свое время у славян способ гадания при помощи воска, когда в случайно образовавшихся вследствие попадания расплавленного воска в холодную воду фигурах пытались увидеть свою судьбу; Bohm приводит в качестве примера аналогичный обычай с литьем свинца в ночь под новый год у германцев).

В XIX в. поэт Юстинус Кернер находил источник своего вдохновения в чернильных пятнах (Bohm, 1968).

Первыми научными предшественниками Роршаха были Binet и Henri (1895), которые предложили использовать аморфные пятна для изучения фантазии. В США Dearborn (1897) создал тест чернильных пятен для экспериментально-психологических исследований. В этом направлении работали Sharp (1899), Kirkpatrick (1900), Whipple (1910).

Во время работы Роршаха над своим методом англичанин Bartlett (1916) начинает использовать цвет в аморфных изображениях, а Parsons проводит первые эксперименты с детьми.

Интересные работы велись и в России. Ф. Е. Рыбаков в 1910 г. издал известный «Атлас для экспериментально-психологического исследования личности», в который входят и бесформенные пятна для исследования воображения.

В заключение следует отметить, что все упомянутые исследователи, используя аморфную, или, говоря современным языком, слабоструктурную стимуляцию, полагали, что разработанные ими пробы позволяют изучать

исключительно фантазию. Только в работах Роршаха был поставлен вопрос об изучении индивидуальных, характерологических особенностей.

ГЕРМАН РОРШАХ

Известный швейцарский психиатр и психолог Герман Роршах (1884—1922) родился в Цюрихе в семье художника (рис. 1). После получения начального образования он поступает в кантональную среднюю школу, которую закончил в 1904 г. В этом же году Роршах, по совету Геккеля, избирает своей будущей специальностью медицину. Курс обучения проходит в Нейбурге, Цюрихе, Берлине и Берне. В 1909 г. в Цюрихе Роршах сдает квалификационные экзамены.

Уже в начале обучения он избирает своей специальностью психиатрию, которую изучает в цюрихской университетской клинике, руководимой Блейлером, и в 1912 г. получает степень доктора за работу «О рефлексивных галлюцинациях и близких им явлениях».

Роршах работал в ряде психиатрических клиник Швейцарии, а в 1913 г. — в России. С 1915 г. до конца жизни работал в психиатрической клинике кантона Аппенцелль.

В 1911 г. Роршах проводит свои первые опыты по изучению особенностей восприятия с помощью аморфных изображений, «пятен». Однако эти исследования вскоре прерываются вплоть до 1917 года.

На формирование научных взглядов Роршаха большое влияние оказали идеи Фрейда и Юнга, его перу принадлежит ряд работ по вопросам психоанализа (в 1919 г. Роршах был избран вице-президентом швейцарского психоаналитического общества). Помимо увлечения психоанализом, Роршах в 1912—1914 гг. под руководством К. Монакова проводит и некоторые неврологические исследования.

На протяжении всей своей научной деятельности Роршах постоянно проявлял большой интерес к проблемам религии, им опубликован цикл исследований, посвященный изучению швейцарских религиозных сект.

Вернувшись в 1917 г. к исследованиям по интерпретации случайных форм, Роршах подводит итоги своей работы во всемирно известной «Психодиагностике». Рукопись этой книги была готова уже в 1919 г., предлагалась

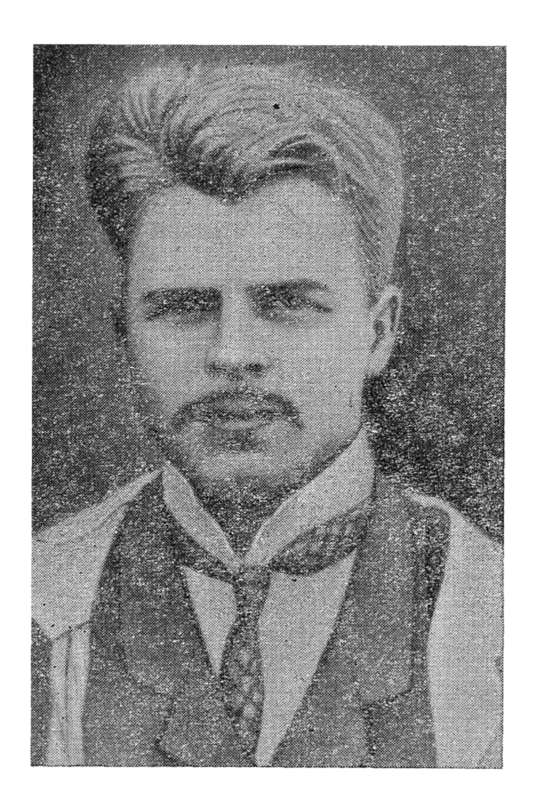


Рис. 1. Герман Роршах (1884—1922).

многим издателям, но была ими отвергнута. Только в 1921 г. с большими трудностями работа Роршаха выходит в свет и сразу же вызывает непонимание и сопротивление официальной психиатрии и психологии. Признание пришло уже после смерти автора «Психодиагностики», скончавшегося в 1922 г. от перитонита.

Несомненное влияние на формирование мировоззрения ученого оказали его связи с Россией, с русскими исследователями — психиатрами и неврологами. Еще в студенческие годы Роршах устанавливает тесные контакты с русской колонией в Цюрихе (его женой в 1910 г. становится русская — Ольга Штемпелин). В России Роршах бывал трижды (в 1906, 1907 и 1913 г.).

В последний свой приезд в Россию будущий автор «Психодиагностики» около года работал врачом-психотерапевтом одной из частных подмосковных клиник. Роршаху принадлежит перевод на немецкий язык одной из повестей Леонида Андреева. Реферируя работы русских психиатров, он знакомит с ними иностранного читателя. Позднее Роршах переводит статьи русских публицистов. В 1914 г. Роршах был единственным иностранцем среди членов редакционного совета журнала «Вопросы психиатрии и неврологии», издававшегося тогда в Москве. Внимание ученого привлекают и револю-

ционные события 1917 г. Он переводит свои сбережения для поддержки голодающих рабочих Урала.

С безвременной кончиной Германа Роршаха, по словам Блейлера, «умерла надежда целого поколения швейцарских психиатров». Многие из идей Роршаха, несмотря на определенные теоретические и методологические ошибки, остаются на вооружении современной науки.

ОПИСАНИЕ МЕТОДА И ТЕХНИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Стимульный материал метода Роршаха состоит из десяти таблиц с полихромными и одноцветными изображениями (пять серо-черных таблиц — I, IV, V, VI, VII и пять полихромных — II, III, VIII, IX, X). Таблицы предъявляют испытуемому в определенной последовательности и положении. (На оборотную сторону каждой таблицы нанесен порядковый номер. Положение таблицы обозначается следующим образом: а — обычное, нормальное положение, в котором таблица предъявляется испытуемому; b — таблица поставлена на правую грань; с — перевернутое положение таблицы; d — таблица поставлена на левую грань). Требования к проведению эксперимента такие же, как и для любого психологического исследования, но при этом желательна стандартизация процедуры обследования (рис. 2).

В литературе существуют расхождения относительно предлагаемых обследуемому инструкций, однако большинство авторов почти не отходят от классической формы: «Что бы это могло быть? На что это похоже?» Подобной инструкцией следует ограничиться, никакой дополнительной информации в процессе эксперимента испытуемый не должен получать. Экспериментатор не должен задавать в ходе исследования каких-либо наводящих вопросов, за исключением уточнения, в случае необходимости, того места изображения, которое толкует испытуемый. Если обследуемый пытается найти «верный» ответ, спрашивает, правильно ли он ответил, то следует объяснить, что ответы могут быть различными и необходимо только высказать собственное мнение о предложенных изображениях.

Испытуемый может рассматривать таблицы в любом положении, однако каждое изменение положения фиксируется в протоколе (изображения не следует рассматри-

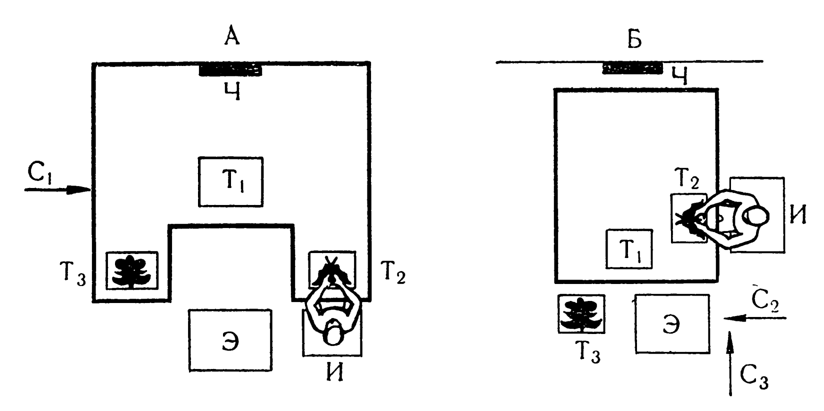


Рис 2 Схема обследования испытуемого

А — первый вариант проведения эксперимента; Б — второй вариант проведения эксперимента, Э — место расположения экспериментатора, И — место расположения испытуемого, T_1 — таблица, предназначснная для толкований (лицевой стороной вниз), T_2 — таблица, по которой идет ответ, T_3 — таблица, работа с которой окончена, Ч — размещение часов, C_1, C_2, C_3 — направление света.

вать на расстоянии, превышающем длину вытянутой руки). Время ответа для испытуемого не ограничивается, но экспериментатор обязан вести хронометраж, причем делать это, не привлекая к себе внимания.

Возможна ситуация, при которой испытуемый предлагает много толкований, в этом случае его необходимо прервать после 8—10 ответов. Бывает, что после предъявления таблицы наступает пауза, тогда примерно через минуту следует повторить инструкцию и попытаться получить хотя бы один ответ. Если испытуемый не дает толкования в течение двух минут, необходимо предложить очередную таблицу. В среднем обследование взрослого здорового человека занимает 20—30 мин (без следующего за экспериментом опроса).

Протокол исследования состоит из анкетных данных (если необходимо, дается клинический диагноз) и дословной записи всех ответов. Отмечаются также замечания, жесты, мимика и другие особенности поведения. Особое внимание следует обратить на описание местоположения интерпретируемых частей изображения, а если это сделать невозможно, то необходимо очертить эту деталь на вспомогательном бланке (см. вклейку). Если таких деталей несколько, желательно пронумеровать их. Это рекомендуют делать во время опроса испытуемого, после окончания основной части эксперимента.

Каждый ответ испытуемого формализуется по пяти категориям в определенной последовательности (локализация, детерминанта, определение уровня формы, содержание, оценка оригинальности-популярности), что позволяет получить формулу ответа. Символ, используемый при шифровке ответа, представляет собой начальную букву слова, например W(англ. Whole — целое). Мы используем англо-американскую систему, однако возможно использование и других обозначений.

1. **Локализационные особенности толкования:** W — интерпретация представленного изображения в целом; D — интерпретация какой-либо значительной, часто избираемой детали изображения; Dd — интерпретация необычной или малой детали; S — интерпретация белого пространства; D_o — «олигофреническая деталь» — интерпретация фрагмента изображения там, где большинство видит целое (например, испытуемый усматривает «голову», «ноги», тогда как большинство видит «человека»).

Помимо этого могут появляться ответы, в которых отправным пунктом для толкования целого послужила какая-либо деталь или белое пространство: DW — для построения целого исходной является большая деталь; DdW — малая деталь; SW — белое пространство.

2. **Детерминанты:** F — ответ детерминирован только формой изображения; M — воображаемым движением человека; FM — воображаемым движением животных; m — воображаемым движением неодушевленных предметов; C — только цветом изображения; CF — преимущественно цветом, но учтена и форма; FC — преимущественно формой, но учтен и цвет; c — светло-серым или серым цветом; Fc — формой при учете светло-серого или серого цвета; c′ — черным или темно-серым цветом; Fc′ — ответ детерминирован формой при учете черного или темно-серого цвета.

3. **Уровень формы:** форма оценивается положительным (F+) или отрицательным (F—) знаком, который показывает, насколько адекватно она отражена в созданном образе. Критерием служат толкования соответствующих изображений и их деталей здоровыми людьми. Если в созданном образе нет четко очерченной формы (облака, дым, горный ландшафт, берег и т. п.), знак формы либо не отмечается, либо обозначается как F±.

4. **Содержание** интерпретаций может быть разнообразным, поэтому приведем наиболее употребительные

обозначения. H — образ человека; Hd — часть (части) фигуры человека; A — образ животного; Ad — часть (части) фигуры животного; Anat — анатомическое содержание, Sex — ответы сексуального содержания; Pl — интерпретация изображения как относящегося к растительному миру; Ls — пейзаж; Obj — неодушевленные предметы; Ar — архитектура; Orn — орнамент.

Если соответствующий символ для ответа не предусмотрен, содержание следует обозначать полным словом.

5. Оригинальность-популярность. Оригинальными (Orig) являются те ответы, которые появляются редко (один-два раза на сто протоколов). Популярными (Pop) считаются ответы, встречающиеся не менее чем у 30% нормальных взрослых людей. Эти ответы всегда имеют положительную форму.

Помимо рассмотренных пяти категорий формализации ответов необходимо учитывать и так называемые дополнительные факторы, не имеющие специально разработанной системы обозначения. Эти факторы представляют собой качественные характеристики интерпретаций и имеют большое диагностическое значение. Выделяется до 73 дополнительных факторов — контаминация, персеверация, шок и др. (Bohm, 1968).

Таким образом, каждая интерпретация испытуемого получает определенный формализованный вид. Например: ответ на таблицу II — «два человека, пожимающих друг другу руки» приобретают вид WM+HPop, т. е. изображение истолковано полностью (W), испытуемый видит человеческие существа в движении (M), форма оценивается положительным знаком, поскольку большинство испытуемых усматривает в этом изображении двух людей (+) [1], по содержанию — человеческие образы (H), ответ встречается часто (Pop). Таблица VIII — «какой-то хищный зверь» (интерпретирована боковая часть изображения) Формула ответа: DF+APop. Таблица X — «фантастический цветок» (WCF Pl). Таблица истолкована полностью (W), форма учтена слабо, преобладает цвет (CF) по содержанию — растение (Pl).

Прежде чем перейти к анализу второго этапа эксперимента, мы должны уточнить, что считать ответом испытуемого и что, следовательно, подлежит формализации.

---

[1] При формализации ответа обозначают одну ведущую детерминанту, поэтому в данной записи форма присутствует только в знаке.

Несмотря на кажущуюся простоту, этот вопрос может возникнуть, и часто решить его нелегко. Например, испытуемый интерпретирует таблицу V как «летучая мышь или бабочка». Возникает вопрос, один это ответ или два?

Не подлежат формализации различные восклицания, замечания, а также новые ответы, полученные при опросе. Ответ «чернильное пятно» должен быть формализован, если этот термин не упоминался в инструкции. Можно считать, что ответы, содержащие существительное, формализуются вне зависимости от того, даны ли они в отрицательной, вопросительной форме или в виде альтернатив. Например, «нет, это не лист», «может быть, это бабочка?», «бабочка или лист» (табл. I). По Bohm, «или»-ответы всегда описываются двумя формулами.

Один ответ шифруется несколькими формулами и в другом случае. Например, «взлет ракеты на фоне грозовых туч, сзади пламя» (табл. II). Здесь одной формулой не может быть охвачено богатое содержание этой энграммы. Нельзя прибегать к увеличению числа формул, если испытуемый описывает различные части увиденного образа, уточняет его, например: «два танцующих человека .. вот руки, ноги...» (табл. III). В этом случае необходима только одна формула WM+HPop. В то же время таблицу X часто интерпретируют в целом как «морское дно», «сад», а затем следуют ответы по деталям изображения. В этом случае они должны расцениваться как самостоятельные.

Когда возникает вопрос, какой из детерминант при шифровке ответа отдать предпочтение, необходимо руководствоваться следующими правилами:

1. *Кинестетические детерминаты* в любом случае имеют преимущество.

2. *Детерминанты цвета* (FC, CF, C) имеют преимущество перед остальными, за исключением кинестетических.

3. *«Светотеневые»* детерминанты (черный и серый цвет с их оттенками) имеют преимущество перед другими детерминантами, за исключением кинестетических и «цветовых».

После того как получены ответы по всем таблицам, начинается вторая фаза исследования — опрос испытуемого, который не является обязательным, если все ответы ясны и недвусмысленны, но это бывает очень редко. Прежде всего, задавая прямые вопросы, уточняют лока-

лизационную характеристику ответов. Гораздо сложнее выявление детерминант, так как в этом случае нельзя использовать прямые вопросы (экспериментатор может навести испытуемого на «нужный» ответ). Наиболее часто необходимо уточнить: 1. *Степень участия цвета при толковании цветных таблиц* (FC, CF, C). Ответы типа «кровь», «огонь» отмечаются как C (чистый цвет), ибо не имеют очерченной формы. При таких ответах, как «пятно крови», т. е. тех, в которых форма играет дополнительную роль, прибегают к символу CF. Помимо этого бывают интерпретации, когда без дополнительного опроса почти невозможно определить, что является ведущим — цвет (CF) или форма при учете цвета (FC). Это «цветы», «розы», «гербы» и т. д. В этом случае следует спросить, например: «Почему это похоже на розу?» Если обследуемый отвечает: «Потому, что красное» — шифруем ответ как CF, если объясняет свое восприятие тем, что такова форма и цвет изображения, — FC. Piotrowski (1957) предлагает отличать CF от FC, демонстрируя испытуемому несколько видоизмененное изображение. Если смена изображения не оказывает влияния на интерпретацию, то форма не играет доминирующей роли, — CF. Например, можно значительно изменить форму красной боковой детали на таблице II, однако ответ «кровавое пятно» (CF) остается. При появлении нового ответа — на первом месте форма изображения (FC).

При толковании цветных таблиц возможна ситуация, при которой испытуемый вообще не учитывает цвет. В таком случае испытуемого можно спросить о том, изменит ли он ответ, если изображение будет окрашено в черный цвет, а еще лучше показать ему уменьшенную, нецветную копию изображения.

2 *Участие черного и серого цвета в интерпретациях.* Не требуют уточнений такие ответы, как «смола», «ночь», «черный дым» и т. п. Эти ответы обозначают символом c′. При ответах типа «звериная шкура», «мех» нужно выяснить, почему испытуемый видит мех (шкуру) и появился ли бы у него такой образ при равномерной окраске изображения. Это позволяет экспериментатору оценить ответ с точки зрения участия серого цвета (c) и уяснить роль формы в этой интерпретации.

3. *Детерминация толкования движением.* В этом случае можно спросить, как испытуемый видит людей или животных и что может о них сказать. В этом случае сле-

дует избегать суггестивных вопросов, могущих исказить реальную картину.

Klopfer (1954) считает, что при неясностях, возникших после несуггестивного опроса, беседа может быть продолжена на основе аналогий и сравнений Для сравнения привлекают наиболее четкие, не вызывающие сомнений ответы испытуемого Однако и в этом случае какие-либо целенаправленные вопросы исключаются. Как заключительный этап исследования Klopfer разработал метод «определения пределов», сущность которого заключается в вызывании определенных реакций у обследуемого Вопросы формулируются как прямой призыв к использованию не употреблявшихся в эксперименте категорий, косвенное указание относительно их использования как подсказка необходимой энграммы с задачей развить ее «Определение пределов» требует особого исследовательского навыка и рекомендуется тогда, когда полученная информация очень скудна или возникают сомнения в том, что испытуемый правильно понял свою задачу. Материал, полученный в ходе «определения пределов», не подлежит стандартной оценке, хотя Klopfer и рекомендует учитывать и оценивать новые реакции Можно согласиться с мнением Bohm, который подчеркивает, что эти реакции появляются и в совершенно новых условиях. «Определение пределов» в ряде случаев может дать важный вспомогательный материал для оценки личности.

Некритическое и неумелое использование опроса может привести к значительному искажению результатов обследования. Так, если опрос не дал желаемых результатов, то при шифровке ответов следует полагаться на предпочтительные реакции испытуемого После окончания эксперимента можно предложить обследуемому выбрать две таблицы, которые ему больше всего понравились, и две наименее понравившиеся Это может представить дополнительный материал для исследователя

КОЛИЧЕСТВО ОТВЕТОВ И УЧЕТ ВРЕМЕНИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Общее количество ответов, поддающихся формализации (R), выражает прежде всего продуктивность обследуемого и значительно варьирует. Изменение количества ответов зависит от ряда факторов, наиболее существенными из которых являются: богатство образов прошлого

опыта у обследуемого, его психическое состояние и условия эксперимента. Существенное влияние оказывают социальные и культурные различия изучаемых групп. Количество ответов может свидетельствовать о богатстве образов и легкости их актуализации, однако без учета «качества» ответов невозможно объективно оценить эти параметры.

Небольшое количество ответов само по себе не является патологическим. Обычно протоколы, в которых зафиксировано менее 10 или более 60 интерпретаций, имеют незначительную ценность Считают, что при количестве ответов менее пяти протокол не подлежит анализу (Piotrowski, 1957) Для взрослых здоровых испытуемых количество ответов: 15—30 по Роршаху; 15,8—35 по Beck; 37 (для 50% мужчин) и 42 для женщин, согласно данным Loosli-Usteri (1962) В наших исследованиях для обследованных в возрасте от 18 до 31 года (студенты гуманитарных факультетов университета) среднее количество ответов равно 16,8

Количество ответов на таблицы VIII—X должно составлять 30—40% их общего числа. Заметное уменьшение количества ответов на эти таблицы — признак «цветового шока», повышение свидетельствует о высокой эмоциональной возбудимости Некоторые исследователи рассчитывают процент ответов на таблицы IV и VI. В среднем их количество колеблется от 15 до 17%. Более высокий проценг ответов часто является показателем тенденции к преодолению беспокойства, фрустрации, а низкий процент свидетельствует о желании избегать эти состояния.

Время исследования учитывают следующим образом 1) фиксируют время от начала до конца эксперимента (T); 2) среднее время, затрачиваемое на один ответ (T/R); 3) определяют период образования реакции на каждую таблицу (t) — от момента предъявления таблицы до начала ответа; 4) рассчитывают среднее время реакции — сумма t к количеству таблиц; 5) отдельно вычисляют среднее время реакции для цветных и одноцветных таблиц

По времени образования реакции можно судить о том, имеет ли место феномен шока Важно сравнить средние величины времени реакции на одноцветные и полихромные изображения. Если их значения примерно равны, то интеллектуальная продуктивность обследуемо-

го в какой-то степени независима от эмоциональных стимулов (их присутствия или отсутствия), исходящих из среды, а также от психического состояния. Увеличение времени реакции на цветные таблицы свидетельствует о том, что на деятельность субъекта значительное влияние оказывают эмоциональные факторы среды Увеличение времени реакции на черно-серые таблицы свидетельствует о деятельности под влиянием изменений психического состояния (фрустрированность, смена настроения). В среднем время реакции на стимул у здоровых взрослых людей колеблется от 7 до 20 секунд.

ЛОКАЛИЗАЦИЯ

Первым этапом формализации высказывания испытуемого является установление того, было ли для построения образа использовано все изображение или какие-либо его детали.

Если при интерпретации было учтено все изображение, то такие ответы обозначаются W. В зависимости от богатства содержания ответов они подразделяются на простые и комбинированные. Например, ответ на таблицу I «летучая мышь» — простой, а ответ «двое мужчин (боковые детали) поддерживают кружащуюся в танце женщину (центральная деталь)», состоящий из нескольких элементов, является комбинированным.

Целостные ответы подразделяются на конфабулированные и контаминированные. В первом случае испытуемый, отталкиваясь от какой-либо части изображения, создает (додумывает) целостный образ, как правило, не учитывая формы всего изображения. Например, для ответа «большой жук» (таблица I) основой послужили верхние детали, которые ассоциируются с рожками жука. Такие толкования обозначаются так DW (могут быть DdW, SW — в зависимости от того, какая деталь была использована для построения целого). Как отмечает Bohm (1968), конфабуляции имеют место не только в ответах типа DW, но и в простых целостных или данных по деталям, которые совершенно не мотивированы, «взяты с потолка». В то же время не все DW являются конфабулированными.

Контаминированные W-ответы отсутствуют у здоровых и появляются вследствие дезорганизации мышления

при психических заболеваниях Примером может служить упоминаемая Роршахом интерпретация таблицы IV больным шизофренией — «печень государственного деятеля, ведущего солидный образ жизни» В этом случае сливаются в целое два вида ответов на эту таблицу — «человек» и «какой-либо орган».

Возможные не только W-, но и D-контаминированные интерпретации.

В зависимости от того, насколько учтена в толковании форма изображения, W-ответы оцениваются как W+ и W—.

Значительное количество W+ указывает на богатство воображения, склонность испытуемого к синтезу, критическому подходу к актуализируемым образам. В определенной степени W+ является показателем интеллектуальных возможностей В то же время многочисленные W— или DW—(DdW—SW—) свидетельствуют о нарушении критических способностей, неадекватном синтезе Появление контаминированных W свидетельствует о нарушении мышления (Bohm отмечает, что появление контаминированных ответов у детей младшего возраста не носит патологического характера).

Согласно Роршаху (1969) взрослый нормальный человек демонстрирует около шести W в протоколе, а по данным Piotrowski (1957), при коэффициенте интеллекта 110 и выше число W доходит до десяти (в наших исследованиях W=7,84).

Часто испытуемые интерпретируют большие детали изображений (D) Это наиболее часто встречающиеся детали, выбор которых обычен для нормальных испытуемых, и их можно установить статистическим путем Роршах рекомендует для определения D обследовать 50 здоровых испытуемых, что позволяет выявить большинство обычных ответов на детали изображения Разные авторы составляли перечни наиболее часто встречающихся деталей (см. Приложение), которые могут использоваться как ориентировочные, так как исследователь должен прежде всего опираться на свой опыт, не говоря о том, что могут существовать культурные, возрастные, национальные и другие различия между обследуемыми группами.

Роршах считает, что если W — показатель склонности к абстрактному, теоретическому мышлению, то D свидетельствует о практической, конкретной интеллектуальной

активности Однако высоких корреляций между этими формами мышления и количеством W и D в протоколах обнаружено не было.

Dd — необычные, редко встречающиеся, как правило, мелкие детали (иногда приходится обозначать как Dd и большую деталь, что происходит в том случае, если она интерпретируется в совершенно необычном аспекте и необычной связи). Роршах указывал, что Dd это «детали изображения, остающиеся после того, как будут выбраны статистически наиболее частые детали». Klopfer выделяет «обычные малые детали», т. е те, которые часто встречаются и обозначает их символом d Используемая Bohm категория D включает в себя как D, так и d Klopfer. Необычные, редкие детали объединяются Klopfer в категорию Dd (хотя этот символ и не используется для шифровки ответов) и подразделяются на 4 группы: 1) dd — очень мелкие детали, 2) de — детали, расположенные по краям; 3) di — внутренние детали; 4) dr — редкие детали, интерпретация необычного места изображения. Повышенное количество Dd не характерно для взрослых, нормальных лиц и, как правило, не превышают 5—10% от общего количества ответов.

Большое количество мелких деталей всегда признак отклонения от нормы. Dd часты у «придирчивых, мелочных критиканов», лиц с ограниченным кругозором, больных эпилепсией. В то же время Dd ответы у людей одаренных могут выступать как проявление острой наблюдательности, свидетельство поиска чего-то необычного.

Особой формой Dd является выбор для интерпретации не собственно фигур, а пространства между ними Такие ответы обозначаются символом S Роршах понимал под S ответы, связанные с межфигурным пространством, а позднее эта категория была расширена, и в нее включают не только детали, образованные разрывами в изображении, но также окаймления и весь белый фон.

Выдвинутая Роршахом гипотеза об оппозиционном значении S-ответов не валидизирована. В то же время ответы, связанные с интерпретацией белого пространства, могут указывать на способность видеть явления под разным углом зрения, т. е. на определенные интеллектуальные качества. Очевидно, в понимании психологической сущности этих ответов следует исходить из их распределения в протоколе, порядка появления и связи с детерминантами

В некоторых случаях испытуемый интерпретирует какой-либо фрагмент изображения там, где большинство испытуемых видит целое. Ответы, в которых отражена неспособность объединить элементы изображения в единое целое, обозначаются символом Do Это так называемые олигофренические детали (название было введено Роршахом, который, как показали дальнейшие исследования, ошибочно считал, что такие ответы типичны для больных олигофренией). В качестве примера можно указать на интерпретацию боковых деталей таблицы I как «крыльев», тогда как обычно видят «птицу» Подобные ответы свойственны не только слабоумным больным, но могут быть и признаком аффективного торможения Так, Loosli-Usteri (1962) пишет о «синдроме внутренней неуверенности» в том случае, когда два из показателей триады Dd—Do—S превышают среднюю величину.

Роршах придавал большее значение взаимоотношениям и пропорциям ответов каждого вида, а не их абсолютному количеству. Взаимное сочетание способов восприятия в одном определенном протоколе называют «типом восприятия». В качестве критерия для определения типа восприятия, Роршах использовал соотношения, наиболее часто встречающиеся при обследовании нормальных испытуемых: 8W—23D—2Dd—1S Американские исследователи считают нормой отношение· 1W на 2D, однако, эта пропорция изменяется с увеличением количества ответов.

Увеличение количества ответов ведет к возрастанию количества D, соотношение становится 1W на 3D, сокращение же количества ответов вызывает обратное — 1W на 1D или даже 2W на 1D.

В формуле типа восприятия для удобства доминирующие реакции подчеркивают снизу, а в тех случаях, когда значение не достигает нормы, — сверху, например, $\underline{W}$ 44%, $\overline{D}$ 33%, $\underline{Dd}$ 20%. Чистые D или Dd типы восприятия — явление исключительно редкое, гораздо чаще встречается W — тип. Обычно выделяют «W+» тип, когда дается около десяти ответов с хорошей формой почти без указания на детали (как правило испытуемые с высоким интеллектом) и «W—» — тип — примерно то же количество ответов, но с плохой формой (встречается у органических больных, при шизофрении). Тип восприятия, при котором очень мало или отсутствуют W ответы, называют обедненным.

Композиция типа восприятия не учитывает важного признака — последовательности, т. е. порядка, в котором выступают при толковании таблиц различные способы восприятия В известной мере последовательность является индикатором логичности, дисциплинированности мышления Предполагается, что обычно человек первоначально стремится дать целостный ответ (W), затем обращает внимание на большие детали (D), а потом может перейти к толкованию мелких деталей (Dd). Роршах выделял пять видов последовательности: ригидную, упорядоченную, инверсивную, свободную и хаотическую. Когда все 10 таблиц интерпретируются в последовательности W—D—Dd, это считается свидетельством ригидной, очень редко встречающейся последовательности, которая характерна для лиц педантичных, «рабов» логики. Экспериментальные исследования показали, что появление ригидной последовательности может быть признаком депрессии. Для большинства нормальных лиц характерна определенная смена последовательности, например, в двух-трех таблицах. Это упорядоченная сукцессия. Неупорядоченной, или свободной, последовательностью называют такую, в которой возможны непредвиденные отклонения, но можно указать на какой-либо характерный способ восприятия. Этой последовательности может способствовать эмоциональная лабильность.

Высшая степень свободной последовательности — хаотическая, чаще всего появляющаяся у психически больных. Следует еще упомянуть об обратной последовательности (Dd—D—W), которая встречается так же редко, как и ригидная В тех случаях, когда определение последовательности не представляется возможным (например, дается только по одному ответу на каждую таблицу), это следует отметить вопросительным знаком.

ДЕТЕРМИНАНТЫ

Основным моментом в формализации ответа, а затем и в понимании его психологической сущности является определение детерминанты, т. е. фактора, сыгравшего основную роль в появлении той или иной интерпретации. Детерминанты позволяют судить: 1) о степени реалистичности восприятия действительности; 2) об активности, направленной вовне или проявляющейся в воображении;

3) об эмоциональном отношении к окружающему; 4) тенденции к тревожности, беспокойству, побуждающей или тормозящей активность индивидуума.

Форма

Символом F обозначают те ответы, которые детерминированы только формой изображения и которые наиболее часто встречаются в протоколе исследования. Для того чтобы увидеть что-либо в «пятне», испытуемому необходимо актуализировать образы из прошлого опыта, сличать их с имеющимся изображением и отбирать наиболее соответствующие. При этом необходимо критическое отношение к актуализируемым образам. Итак, в процессе снятия неопределенности и структурирования выявляются следующие факторы. способность к наблюдению и контролируемому мышлению, богатство образов. Из этого следует, что F% является одним из компонентов интеллекта и позволяет судить о способности к контролируемому, критическому мышлению.

Очень важна оценка уровня формы. Форма оценивается как хорошая (F+), плохая (F—) и неясная (F или F±). Как ответы с положительной или отрицательной формой оценивают те, которые касаются явлений и предметов, имеющих и в действительности определенные очертания и форму. Иначе невозможно определить соответствие актуализированного образа имеющемуся изображению или его детали. Ответы типа «морской берег», «тучи», «горный ландшафт» оценивают как имеющие неясную форму.

При определении соответствия интерпретации форме стимула следует прежде всего опираться на статистический критерий. Когда большое количество лиц видит в том или ином «пятне» (или его части) один и тот же объект — это ответы с положительной формой. Роршах при оценке уровня формы исходил из данных, полученных при обследовании около 100 здоровых испытуемых. Наряду со статистическим критерием существует и определенный субъективный элемент, поскольку всегда могут появиться редкие, оригинальные интерпретации, оцениваемые индивидуально. Уровень формы обозначается в ответах, в которых форма находится на первом месте (FC, Fc, FM), а также в кинестетических детерминантах (M), где знак формы имеет большое значение.

Количество F в протоколе не должно превышать 60%, F+ достигает 70%, а при высоком интеллекте F+ достигает 85—95% Только у чрезмерно педантичных лиц возможно 100% F+ Роршах рассчитывал F+% как равный F±/ΣF 100 Позднее стали использовать несколько отличные, обогащенные формулы· $F+\% = 100(F+0{,}5F\pm)/\Sigma F$ или $F+\% = 100\cdot(F+{}^2/_3F\pm)/\Sigma F$ Piotrowski которому принадлежит последний способ расчета, дополнительно предлагает следующую формулу· $F+\% = 100/F+Fc+Fc^1+{}^2/_3F\pm Fc\pm Fc^1\pm/\Sigma F$, Fc, Fc^1.

Следует помнить об оценке уровня формы, разработанной Klopfer (1954, 1970), который для ее определения использует все ответы, а не только детерминированные формой.

Уровень формы оценивают по трем критериям· 1) согласованность созданного образа с реальной формой изображения; 2) степень спецификации, под которой понимают соответствие особенностей описания (детализации) ответа реальной структуре изображения; 3) характер оформления, организации ответа (способность объединения деталей в единое, гармоничное целое) Каждый ответ оценивают по количественной шкале от —2,0 до +5,0 В зависимости от степени соответствия интерпретации действительной форме ставится позитивная или негативная исходная оценка Используется семь исходных оценок· 1,5; 1,0; 0,5; 0,0; —1,0; —1,5; —2,0 Например, уровень формы 1,0 — отчетливое видение формы, точно соответствующей наличному изображению (сюда относятся все «популярные» ответы), 0,5 — неопределенная форма, 0,0 — форма не учитывается Оценка —1,0 ставится в том случае, когда испытуемый пытается привести содержание интерпретации в соответствие с формой изображения, но требование точности не удовлетворяется. К оценке —2,0 прибегают в тех случаях, когда содержание интерпретации полностью рассогласовано с истолковываемым изображением Негативные исходные оценки не могут быть улучшены за счет спецификации, кроме того, они не редуцируются Исходная оценка увеличивается с шагом в 0,5, если ответ хорошо специфицирован и организован При слабо выраженной спецификации и неудовлетворительном оформлении ответа исходная оценка понижается с шагом в 0,5. Различают три степени качества формы: от +1,0 и выше — высокая; от 0,0 до 0,5— средняя и от —0,5 до —2,0 — низкая степень Даже один

ответ с уровнем формы 4,0 указывает на интеллект выше среднего (до 3,0). При уровне формы 2,0 интеллект оценивают как средний, 1,0 — ниже среднего.

Кинестезия

Роршах считал кинестетические интерпретации особо важными показателями, определяющими особенности личности обследуемого В то же время определение кинестетических энграмм — один из наиболее сложных элементов в исследовании.

Под кинестетическими интерпретациями понимаются те, в которых обследуемый усматривает движение человека (люди танцуют, несут что-то и т. п), они основаны на более или менее одновременном восприятии и интеграции трех факторов· 1) формы; 2) движения; 3) содержания — видение образа человека Следует подчеркнуть, что «интерпретации, затрагивающие человеческие существа не всегда кинестетические». Всегда возникает вопрос, «.. играет ли движение первичную роль в детерминации ответа? Имеем ли мы дело с действительно почувствованным движением или просто с формой, которая вторично интерпретирована как движение?» (Роршах, 1969, с. 25).

Для оценки ответа, как детерминированного движением, необходимо убедиться в том, что испытуемый не только видит, но и ощущает кинестезию, сопереживает увиденному. Bohm (1968)обращает внимание на то, что иногда образы описываются с кинестетической предпосылкой: «кто-то, высовывающий язык», искаженное лицо» и т. п. Ответы такого рода расцениваются как детерминированные движением. Piotrowski (1957), исходя из практики, предлагает считать М те ответы, где кто-то делает что-либо, двигается, использует силу, что-то совершает или преодолевает. Кроме того, в процессе эксперимента иногда можно наблюдать, что испытуемый невольно пытается произвести те движения, которые он вкладывает в созданный им образ Это, безусловно, кинестетические энграммы. Как М обозначают и те ответы, в которых движение осуществляется животными, однако эти акты должны быть антропоморфными, т е. свойственными только человеку. Решающая роль в определении того, является ли движение почувствованным, принадлежит опросу.

Все М оценивают в зависимости от уровня формы· положительные (М+) и отрицательные (М—). Различия между ними те же, что и при оценке ответов, связанных с интерпретацией только формы М— появляется в тех случаях, когда верно схвачено движение, но форма не учтена, например, «кто-то, гоняющий птицу» (серые и желтые детали таблицы X). Роршахом были выделены редко встречающиеся ответы, в которых « могут увидеть человеческую голову и тогда вообразить тело или даже историю, полную движения» (Роршах, 1969, с. 29). Такие «истории» оцениваются как F, иногда применяют обозначение F—М (движение конфабулировано и соответствующую ему форму найти невозможно) Роршах, а за ним и другие исследователи подразделяют кинестезии на экстенсивные и флексионные (размашистые и скованные), полагая различия в уровне активности-пассивности лиц, демонстрирующих движения разного типа.

Кинестетические интерпретации прежде всего являются показателем внутренней активности и свидетельствуют о глубоких и наиболее индивидуальных тенденциях личности Это положение подчеркивают все исследователи. Считают, что М — показатель творческого воображения. С этим можно согласиться, так как помимо установления сходства, что уже само по себе требует определенного уровня активности, появляется качественно новый элемент — внутренняя активность, не обусловленная внешними факторами, поскольку движения как такового в изображении не содержится

Появление кинестетических энграмм, по свидетельству различных авторов, предполагает некоторый уровень общей зрелости и не может быть полностью связано либо с развитием мышления, либо с воображением. Участие различных функций в продуцировании кинестезий подтверждают эксперименты, показывающие, что кинестетические ответы у детей появляются не ранее чем с 8-летнего возраста (Traubenberg, 1973).

Нормальный взрослый человек с интеллектом среднего уровня демонстрирует от 2 до 4 М, а при более высоком уровне интеллекта — 5 М и выше Оптимальное отношение W : М составляет 3 : 1. При количественном сравнении с другими детерминантами каждая М-интерпретация оценивается в один балл. В анализе соотношения между М и F следует исходить из того, что чем выше процент позитивных форм, тем более сознательный конт-

роль сдерживает проявление в деятельности тенденций, выражающихся в кинестетических энграммах

Klopfer (1954, 1970) ввел детерминанту «движение животных» (FM), которая служит для обозначения движения, приписываемого животным или частям тела животных (неантропоморфное движение) Bohm (1968) предлагает пользоваться категорией FM с осторожностью и использовать ее только в тех случаях, когда толкование движения граничит с антропоморфным. По Bohm, эти ответы более правильно оценивать как F, чтобы «не вводить в заблуждение слабые души», т е. тех, кто видит кинестезию там, где ее нет

Klopfer полагает, что FM репрезентирует более примитивный, инфантильный уровень психической жизни, нежели M

Piotrowski, который наряду с Klopfer является инициатором широкого введения в практику исследования низших кинестезий, говорит о том, что M представляет собой показатель активности, контролируемой корой, а FM свидетельствует об активности, управляемой подкорковыми центрами

Воображаемое испытуемым движение неодушевленных предметов, например «летящий самолет», «осыпающаяся гора», обозначают символом m Тенденции, представляемые m-ответами, логично считать менее интенсивными, чем те, которые реализуются в M и FM. В то же время Piotrowski связывает m-интерпретации с высоким уровнем интеллекта, поскольку привнесение движения в неодушевленные предметы требует большего «нарушения реальности», чем это происходит при трактовании движения людей и животных в изображениях Однако это положение, на наш взгляд, вряд ли применимо к интерпретациям типа «летящий самолет», где движение чаще всего является лишь речевым оформлением По мнению Klopfer, появление кинестезий неодушевленных предметов чаще двух раз в протоколе свидетельствует о внутреннем напряжении, конфликте Оценка этих толкований вряд ли может считаться разработанной

Цвет

Цвет как объективный признак стимула используют редко (не более 3—5 ответов на протокол). Цветовые интерпретации подразделяют на· 1) FC — ответ детер-

минирован формой и цветом, причем в основу ответа положена форма, например, «гусеницы» (средняя зеленая деталь табл. X), 2) CF — ответ детерминирован цветом и формой, причем цвет имеет основное значение, а форма отступает на второй план, например, «цветы.. розы» (табл. IX); 3) C — ответ детерминирован только цветом, актуализированный образ не имеет ясно очерченной формы, например, «море» (голубая боковая деталь табл. X).

Цветовые энграммы рассматривают как репрезентирующие аффективную сферу: чем более представлен цвет в протоколе, тем сильнее такой индивид реагирует на эмоциональные стимулы.

FC-ответы свидетельствуют об эмоциональности, контролируемой интеллектом (F), указывают на способность к аффективному контакту с окружением и приспособления к окружающей действительности. Появление этих интерпретаций с отрицательным знаком формы связано с определенным снижением контроля со стороны интеллекта.

CF-ответы говорят об аффективности, слабо контролируемой интеллектом, и небольших возможностях адекватной адаптации к среде. C-ответы — признак эмоциональной импульсивности, склонности к аффективным взрывам, неумения адекватно приспособиться к окружению

Довольно редко встречаются интерпретации, детерминированные кинестезией и цветом одновременно (MC), например, «шабаш ведьм» (табл. IX). Такие ответы характерны, как правило, для людей одаренных, с образным типом мышления, художников. Отсутствие в протоколе «цветовых» ответов чаще всего свидетельствует о торможении аффективности (неврозы, депрессии), однако возможны и другие причины: 1) аффективная тупость при шизофрении, 2) слабоумие, за исключением эмоционально возбудимых олигофренов.

Для оценки аффективности используют формулу «суммы цвета» $\Sigma C = 0{,}5FC + 1CF + 1{,}5C$. Например, в случае $3FC + 3CF + 1C$ «сумма цвета» составит $1{,}5 + 3 + 1{,}5 = 6$ (необходимо помнить, что C при объединении в формуле с другой детерминантой, имеющей преимущество, например FMC или mC, оценивают в 0,5 балла). Однако «сумма цвета» ничего не говорит о степени интеллектуального контроля и способности к адаптации. Для установления этого используют соотношение FC : (CF+C).

Левосторонний тип (FC>CF+C) — стабильная, контролируемая аффективность, возможность адаптации к внешним стимулам. Правосторонний — аффективность неустойчивая, слабые возможности адаптации

К факторам интеллектуального контроля над эмоциями относится не только F+%. Сюда должны быть присоединены кинестетические ответы (М) и целостные ответы с хорошей формой (W+). Кинестетические энграммы указывают на внутренний характер переживаний, тогда как дисциплинированность восприятия (F+%) и заинтересованность в достижении успеха W+ могут быть рассмотрены как волевые признаки, сдерживающие проявление аффективности. Такая стабилизация аффективности говорит нам только о ее внешних проявлениях. Внутренняя аффективная структура, определяемая сочетанием FC, CF и С ответов, несмотря на возможность внешнего упорядочения, остается неизменной. В патологических случаях аффективность тормозится «светотеневыми» интерпретациями, а также фоновыми ответами (S). Для нормальных взрослых лиц примерное количество интерпретаций цвета составляет 3FC, ICF, OC.

Черный и серый цвет

Роршах впервые обратил внимание на интерпретации, детерминированные черным или серым цветом с оттенками (англ. chiaroscuro или shading — распределение светотени), и относил их к «цветовым». Для отличия от интерпретаций хроматических цветов он обозначал их (С). В понимании происхождения этих ответов Роршах исходил из того, что они также отражают аффективность, но тормозимую субъектом, и указывают на то, что он с трудом адаптируется к окружению из-за нерешительности и боязливости. Психологическая сущность этих толкований вызывает много споров среди специалистов. Различные авторы по-разному обозначают эти детерминанты и выделяют разное количество их.

Klopfer (1954, 1970) выделяет следующие группы ответов, связанных с учетом черного и серого цвета (и их оттенков):

1. Интерпретация поверхности или структуры — Fc, cF, с. Fc — объект с четко очерченной формой рассматривается как гладкий, мягкий, шероховатый и т. п. К этой же группе относят также объекты с неопределенной фор-

мой, но ясно выраженной структурой. cF и с — недифференцированные толкования поверхности или структуры, где cF — интерпретация объектов со средней определенностью формы, дифференцирование поверхности не очень выражено, а с — ответы, в которых контур объекта и дифференциация поверхности полностью исчезают.

2 Интерпретация перспективы, глубины и диффузии FK, KF, K. FK — дифференцированное толкование двух или более объектов в перспективе или глубине. KF и K — недифференцированное толкование глубины или диффузии (KF — учет формы средней определенности).

3 Трехмерные объекты, проецирующиеся на поверхность, — Fк, кF, к. Здесь различают две основные подгруппы ответов· «рентгеновские снимки» и «топографические карты». Четкая форма — Fк; средне выраженная форма — кF; ответ, независимый от формы, — к.

Помимо этого Klopfer выделяет группу «ахроматических» ответов (трактование серых, черных или белых деталей изображения как цвета) — FC′, C′F и C′ (по аналогии с «цветовыми» ответами).

Изыскания в этом направлении проводились также Binder (1933), Beck (1944, 1952) и другими исследователями. Система, разработанная Klopfer, является наиболее детальной и поэтому не всегда целесообразно использовать ее в практической работе Мы считаем наиболее удобной систему Piotrowski, в которой используются только четыре символа: с, Fc, с′ и Fc′. Основа классификации — выделение детерминант с′ и с. Символом с′ обозначают ответы, в которых учитывается черный или темный цвет, а форма не имеет никакого значения, например, «черная ночь», «черные тучи». Как с′ обозначаем и те интерпретации, которые связаны со словами «грязное», «ужасное» и т. п. Символом с обозначается трактование светло-серого цвета, например, «летние облака», «дым» (форма не учитывается), в эту же группу в большинстве случаев относят «перспективы» и толкования, учитывающие характер поверхности (гладкая, шероховатая и т. п). Fc и Fc′ обозначают те ответы, в которых форма доминирует, например, «черная бабочка» (Fc′) или «звериная шкура с головой и лапами» (Fc).

При количественной оценке «светотеневых» детерминант в один балл оценивают Fc или Fc′, 1,5 балла — с и с′. Если с и с′ выступают вместе с другими детерминантами, например Mc, то их оценивают в 0,25 балла. Такая

оценка имеет значение при сопоставлении c и c′ ответов с другими По данным Piotrowski (1957), примерно у 25% исследуемых встречаются c′-ответы, тогда как c-интерпретации встречаются приблизительно у 90% обследованных. Сумма c-ответов является значительной, если превышает две единицы, количество c′>2 также считается высоким

Ниже приведена сводка, позволяющая сопоставить обозначения рассматриваемых детерминант, принятые разными авторами Так, F(C) у Роршаха соответствует V — у Beck, K — у Klopfer, c или c′ — у Piotrowski и F(C) — у Binder Интерпретация типа «облака», «дым», различные диффузии: Y — у Beck, K — у Klopfer, c — у Piotrowski, Hd — у Binder «Топографические карты»: k — у Klopfer, V — у Beck, c или c′ — у Piotrowski, F(C) — у Binder Толкования, учитывающие поверхность, структуру изображения T — у Beck, c — у Klopfer, c — у Piotrowski. Интерпретации белого и черного цвета обозначают следующим образом 1) черный цвет соотносится с темно-серым и объединяется в F(C) — у Роршаха; в Hd — Binder; в Y — у Beck; в c′ — Piotrowski; 2) интерпретация белого цвета называется «цветовым» ответом у Binder; входит в Y у Beck, а Klopfer выносит интерпретации ахроматических цветов в отдельную группу.

Выше отмечено, что понимание психологического значения «светотеневых» толкований чрезвычайно сложно Не касаясь различных, противоречивых и часто психоаналитически ориентированных, точек зрения, мы остановимся лишь на позициях Piotrowski (1957).

Этот исследователь полагает, что «светотеневые» интерпретации отражают глубоко скрытую в психике тенденцию к тревожности, беспокойству, которая побуждает или тормозит активность индивидуума. Причем c-ответы указывают на снижение активности в деятельности, вызывающей тревогу и дискомфорт для преодоления этого состояния, тогда как c′ свидетельствуют о повышении активности для реализации той же цели.

При изучении связей с другими детерминантами наиболее важным является отношение ΣC к Σc. Известно, что ΣC — показатель эмоциональной возбудимости, выражающейся во внешней активности, а c — индикатор торможения активности вследствие беспокойства. Чем больше Σc по отношению к ΣC, тем более парализованной оказывается активность (например, навязчивые со-

стояния при неврозах) Оптимальное соотношение $\Sigma c = \Sigma C$, при этом допускается небольшое преобладание «цвета» до 2 единиц

ХАРАКТЕРИСТИКА СОДЕРЖАНИЯ. ОРИГИНАЛЬНОСТЬ-ПОПУЛЯРНОСТЬ ИНТЕРПРЕТАЦИЙ

Выше была рассмотрена «формальная» сторона толкований стимульного материала (локализация, уровень формы, детерминанты). Рассмотрим теперь их с точки зрения содержания и частоты появления. Определение содержания — наиболее простой этап в формализации ответа испытуемого Как уже было показано, для важнейших, наиболее часто встречающихся категорий содержания приняты условные обозначения, а остальные обычно записывают в формулу ответа сокращенным словом, обозначающим соответствующее понятие.

Содержание ответов помогает определить уровень интеллекта обследуемого, его интересы и их направленность, а также патологические черты личности. При анализе содержания ответов следует обращать внимание на персеверации, трудности при формулировании ответа, его богатство и язык Необходимо отметить, что разнообразие содержания интерпретаций невелико, несмотря на кажущуюся возможность увидеть что угодно Профессиональная подготовка редко находит отражение в содержании интерпретаций, а когда это случается, то обычно указывает, по мнению Klopfer, «на стремление субъекта найти опору для своей неуверенности».

Образы «животного» содержания (A+Ad) в среднем составляют от 35 до 50% всех ответов При высоком интеллекте A+Ad% понижается до 35—20%, однако очень низкий процент ответов такого содержания можно обнаружить и при психических заболеваниях. A+Ad% > 50 — показатель стереотипности мышления. «Человеческое» содержание (H+Hd%) составляет 10—20% общего количества ответов, а его резкое изменение в ту или иную сторону в ряде случаев можно рассматривать как патологический признак.

«Неодушевленные предметы» (Obj) редко встречаются в протоколах Как Роршах, так и другие исследователи обращали внимание на то, что повышение числа таких интерпретаций связано с недостаточным интересом к окружающей действительности. «Анатомические интер-

претации (Anat) являются важным показателем стереотипности мышления при некоторых психических заболеваниях. В некоторых случаях они репрезентируют «комплекс интеллигентности» — испытуемый стремится показать свои медицинские познания. Уровень формы «анатомических» интерпретаций, как правило, оценивают отрицательным знаком (за исключением: «желудок» — верхние красные детали на табл. III и «ребра, грудная клетка» — белые детали между голубыми и серыми на табл. VIII).

При объяснении содержания ответов некоторые исследователи исходят из психоаналитико-символических концепций. Например, появление интерпретаций «большие агрессивные звери», по их мнению, якобы свидетельствует о выраженном критическом отношении к кому-либо из родителей. Видение «маленьких агрессивных зверей» указывает на скрытый протест против требований родителей. О произвольности такого подхода вряд ли стоит особо говорить.

При оценке частоты появления ответа его обозначают как «оригинальный» или «популярный» (разумеется, далеко не все интерпретации, полученные при обследовании, могут быть обозначены как Orig или Pop). Оригинальным считается тот ответ, который встречается не чаще одного-двух раз в 100 протоколах здоровых испытуемых. Эти ответы оцениваются по качеству (Orig— и Orig+). Если оригинальное толкование не адекватно стимулу и производит впечатление причудливости и искаженности, обозначаем его как Orig—. Оригинальные ответы свидетельствуют о больших умственных способностях, однако необходимо помнить о качестве формы и содержания этих интерпретаций. В некоторых случаях оригинальные (необычные) ответы могут отражать определенные нарушения мышления.

Популярными называют ответы, появляющиеся в протоколах 30% обследованных, т. е. примерно 30% лиц усматривают в стимуле один и тот же образ. Популярные ответы имеют двоякую функцию. Во-первых, они являются критерием для оценки уровня формы интерпретации, а во-вторых, позволяют судить о том, в какой мере обследуемый придерживается общепринятого шаблона («мышление по коллективному образцу»). Как большое количество популярных ответов, так и их отсутствие или незначительное количество должны насторожить иссле-

Таблица 1

Наиболее часто встречающиеся ответы (по данным различных авторов)

№	Локализация	Oberholzer	Klopfer	Piotrowski	Наши данные
I	W	Летучая мышь, бабочка	Все движущиеся существа	Летучая мышь — 53%, бабочка — 29%	Летучая мышь — 30%, бабочка — 36%
II	D черное	—	Животные (в целом или детали)	Любые четвероногие животные — 34%	Звери — 22%, люди — 40%
III	W	Два человеческих существа	Человеческие существа, двое животных в шкуре	Люди — 72%	Люди — 70%
	D центр, красное		Бабочка		
IV	W	Сбросившие шкуру животные	—	Шкура животного — 28%	—
V	W в положении «а» и «с»	Летучая мышь, бабочка	Любые движущиеся создания	Летучая мышь — 40%, бабочка — 48%	Летучая мышь — 68%, бабочка — 28%
VI	W	Шкуры животных	Шкура (кожа) животного W или D нижняя)	Шкура животного — 41%	Шкура животного — 40%
VII	D верхняя треть	Головы человеческих существ		Головы женщин или детей — 27% (1/3 или 2/3 изображения)	Голова — 22%, люди — 34% (1/3 или 2/3 изображения)

№	Локализация	Oberholzer	Klopfer	Piotrowski	Наши данные
VIII	D средняя треть	Головы медведей, слонов, гротескные головы			Животные или части их тела — 40%
	D боковая розовая	Медведи, волки, мыши и т. п.	Все движущиеся животные на четырех лапах	Любое четвероногое животное — 94%	Звери — 84%
IX	Данных нет				
X	D боковая голубая	—	Все многолапые животные	Краб, паук — 37%	Крабы или пауки — 42%
	D зеленая, светлая часть		Голова животного с длинными ушами или рогами	Голова зайца, кролика — 31%	
	D зеленая, насыщенная часть		Продолговатые животные (черви, гусеницы)	Черви, змеи, гусеницы — 28%	

дователя. Обычно нормальный взрослый человек демонстирует от 5 до 7 популярных ответов. Нами приведена сравнительная таблица популярных ответов, выделенных различными авторами (табл. I). Характеризуя ее, следует отметить, что список популярных ответов, данный Klopfer, не основывается на статистическом критерии. Необходимо учитывать и то, что различия между культурами могут во многом изменить содержание тех интерпретаций, которые мы относим к популярным (некоторые исследователи указывают на то, что популярные ответы «крылатое существо» — табл V, «животные» — табл. II

и VIII и «кролик» — табл X являются общими для всех групп и не зависят от возрастных, национальных или культурных различий).

ОСОБЫЕ ФЕНОМЕНЫ

Особые феномены имеют большое значение при исследовании личности. Особенно важно учитывать эти данные при анализе протоколов психически больных. Bohm выделил 73 качественных показателя, но мы рассмотрим основные, наиболее часто встречающиеся (явления «контаминации», «конфабуляции» и «комбинирования», которые также относятся к особым феноменам, рассмотрены нами ранее).

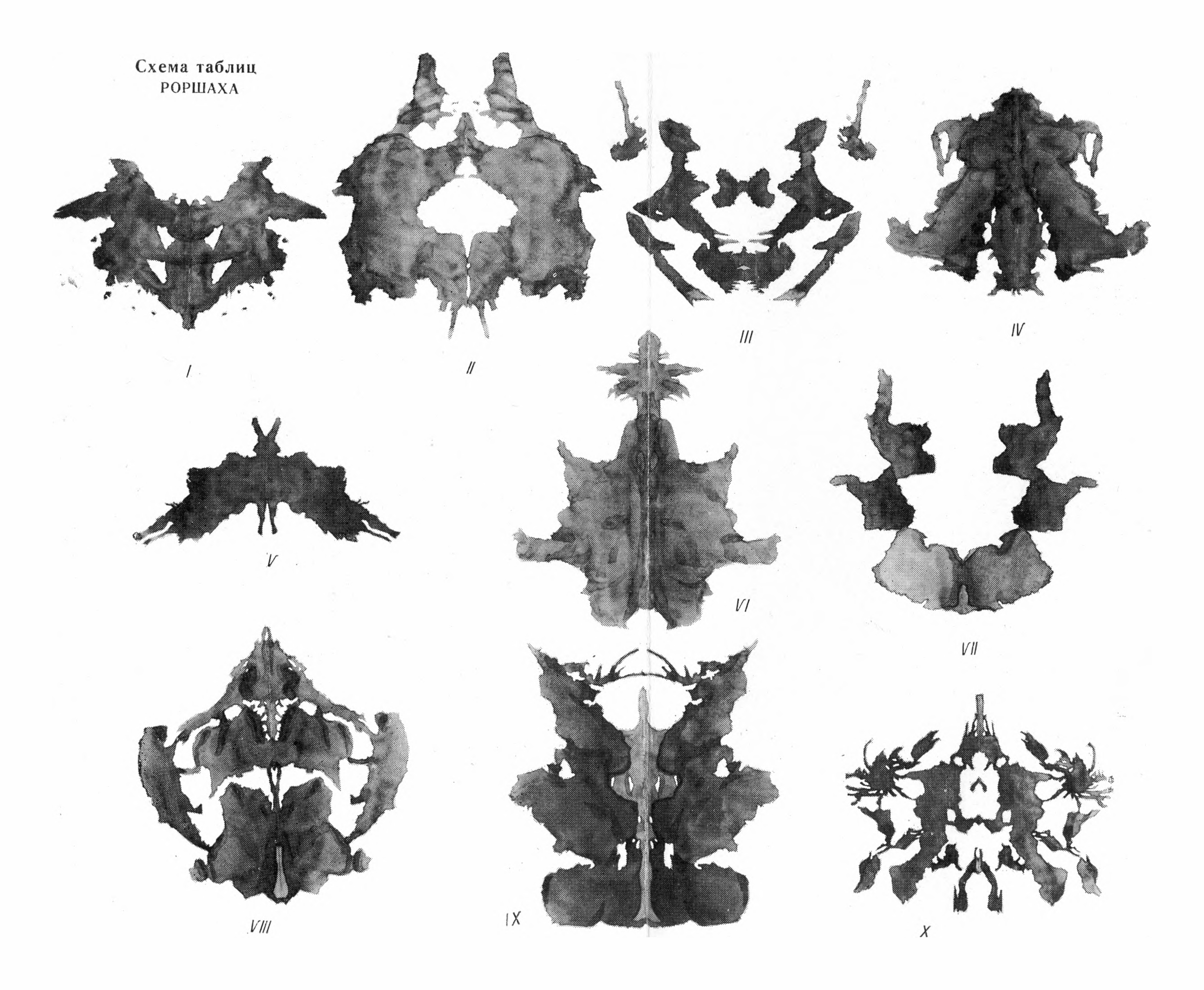
Отказ Причиной является невозможность (иногда значительная трудность) интерпретации какого-либо изображения (изображений). Наиболее часто отказ возникает при попытке толкования таблиц II («красный шок»), IV и V («черный шок»), а также IX («цветовой шок», или трудность интерпретации). В большинстве случаев отказ является симптомом «шока», однако он может быть обусловлен низким уровнем интеллекта, нарушением воображения, если одновременно сочетается с негативным уровнем формы, малым количеством W, стереотипией, высоким A+Ad% и отсутствием кинестетических энграмм, или же психической патологией, если связан с малым числом ответов (возможно много R, но с интерпретацией малых деталей), повторениями, плохой формой, хаотической последовательностью, отсутствием «цветовых» и кинестетических ответов, контаминацией. Например, отказ от ответов на таблицы, обычно легко интерпретируемые (табл. V), встречается у больных шизофренией.

Критика изображения и самокритика. 1) Испытуемый критически относится к истолковываемому изображению, чаще всего к его форме (например, «если бы вот эту часть убрать, то было бы похоже на...»). Подобное явление — признак осторожности, сдержанности, педантизма. Наряду с самокритикой встречается у больных с органическими поражениями мозга. 2) Самокритика выражается в том, что обследуемый отмечает свою неспособность к интерпретации (например, «моя фантазия уже исчерпалась» и т. п) Такого рода замечания чаще всего являют-

ся признаком неуверенности в себе, встречаются у больных неврозами, иногда в начальной стадии шизофрении.

Осознание процесса интерпретации относится к нормальному поведению, однако в некоторых случаях обостряется (испытуемый многократно указывает на то, что изображение соответствует актуализированному образу не полностью, а только имеет определенное сходство и т п). Такое возможно у лиц педантичных, а также наблюдается у испытуемых в депрессивных состояних Обратное явление — полное исчезновение осознания процесса интерпретации. В таких случаях обследуемый (чаще всего больные шизофренией и слабоумные) непоколебимо убежден в том, что образ найден «верно». Чаще встречаются случаи с менее выраженной степенью снижения осознания интерпретации. Субъект как бы стремится понять, что же он интерпретировал «ошибочно» (многочисленные вопросы типа. «Правильно?», «Скажите мне после, как будет правильно?» и т п), т. е. он убежден в том, что существует какое-то единственно возможное решение. Такое поведение наблюдается у больных шизофренией, эпилепсией, неврозами, а также в случаях органического поражения мозга.

«Цветовой шок» является одним из важнейших феноменов. Это явление может быть охарактеризовано как нарушение ассоциативного процесса при демонстрации цветных изображений (сюда относятся и черно-красные) вплоть до отказа от интерпретации Часто «цветовой шок» проявляется в форме эмоционально-негативных восклицаний («ужасно!», «отвратительно!» и т. п), реже — в виде позитивного аффекта («о, как прекрасно!», «восхитительное сочетание красок!»). Иногда проявление шока носит замаскированный характер. Важнейшим признаком такого «замаскированного шока» является увеличение времени реакции при предъявлении цветных таблиц. Zulliger (1938) приводит следующий перечень признаков для определения «цветового шока»: 1. Открыто проявляющийся шок· а) непереработанный: вербальный аффективный отказ, б) переработанный· вербальная аффективная оценка. 2. Замаскированный шок: а) увеличение времени реакции при предъявлении первой цветной таблицы; б) негативные или выдающие смущение жесты и мимика; в) изменение последовательности для ухода от цвета (часто первый ответ на II, VIII и IX таблицы по локализации S); г) избегание кинестети-


Схема таблиц
РОРШАХА
I
II
III
IV
V
VI
VII
VIII
IX
X

ческих интерпретаций таблиц II и VIII (их либо избегают совсем, либо они проявляются позднее, но никогда не появляются первыми), д) начальный отказ, е) трактование боковых розовых деталей на таблице VIII как «зверей» появляется не вначале (Bohm дополняет это положение, отмечая, что «цветовой шок» может быть и при начальной интерпретации боковых деталей как «зверей» и проявляется в таком случае мимикой, нарушением последовательности и т д), ж) неожиданное снижение уровня формы, з) явное уменьшение количества ответов на цветные изображения (менее трети общего числа ответов); и) высказывания, выдающие смущение при предъявлении II и III таблиц; к) сексуальное содержание первых интерпретаций II таблицы

«Цветовой шок» является общим симптомом невроза, однако не имеет, как считал Роршах, дифференциально-диагностического значения и встречается у больных психопатией и шизофренией

Как показали эксперименты, шок имеет определенный физиологический коррелят, обнаруживаемый при регистрации КГР, — понижение электросопротивления кожи (Rockwell и соавторы, 1974).

Изредка появляется «сверхкомпенсированный цветовой шок», приводящий к улучшению работоспособности (появление оригинальных ответов с F+ именно при демонстрации цветных таблиц), однако симптоматическая ценность этого явления не ясна

Разновидностью «цветового шока» является имеющий большое значение «красный шок», появляющийся на стимулы таблиц II и III Обычно в этом случае красные детали интерпретируют как «кровь», иногда отвечают· «Не знаю, что это красное означает» или «Красное мне мешает» Симптоматическая ценность этого явления также не ясна Piotrowski считает, что «красный шок» — признак агрессивности и страха

«Черный шок». Это понятие впервые ввел Binder (1933) По частоте стимуляции «черного шока» таблицы располагаются в таком порядке: IV, VI, VII, I, V. Согласно Binder, «черный шок» чаще всего указывает на хроническое расстройство поведения, беспокойство, тревогу. Аналогично «цветовому», возможен сверхкомпенсированный «черный шок»

Кинестетический шок проявляется уходом от кинестетических энграмм при интерпретации стимулов, их пред-

полагающих (I, II, III IX таблицы), а также снижением общего уровня ответов (появление Dd—, Do и т п). Zulliger считает, что кинестетический шок — признак недостаточной аффективности

Наряду с этим выделяют такие редко встречающиеся шоки, как «синий», «зеленый», «коричневый», «белый», осмысливая их психологическое происхождение с позиций психоанализа

Описание (дескрипция) Обследуемый не интерпретирует изображение, а только что-либо о нем говорит, например «какое-то ничего не говорящее мне изображение» При толковании цветных таблиц дескрипция выступает как разновидность «цветового шока» Bohm выделяет кинестетическую дескрипцию, довольно редкое явление (описание механических движений вне связи с предметами, например, «нечто, вращающееся вокруг своей оси»), которое всегда следует рассматривать как замечание, а не ответ. По его мнению, такие дескрипции встречаются почти исключительно у больных шизофренией

Называние цвета Обследуемый только называет цвета, но не толкует их («зеленый», «голубой») Называние цвета следует отличать от описательных комментариев, к которым иногда прибегают для уточнения локализации Роршах и Binder при оценке этих ответов придавали им такое же значение, как и «чистому цвету» (C). Однако Bohm и другие исследователи не объединяют называние цвета с собственно «цветовыми» ответами Если для детей в возрасте до пяти лет называние цвета обычно, то для взрослых это всегда патологический признак.

Импрессия Zulliger (интерпретация по впечатлению) является разновидностью описательных ответов и часто появляется как художественное или эстетическое отношение к увиденному («душистые, нежные цветы», «весеннее настроение»). Это показатель повышенной восприимчивости, ухода в настроение

Указание на симметрию изображений. Это довольно распространенное явление, но симптоматическая ценность замечаний о симметрии различна и зависит от их вида Единичные высказывания о симметричности предлагаемых испытуемому изображений не существенны Указания на симметрию, носящие стереотипный характер, а также принимающее навязчивый характер стремление найти несимметричность обеих частей изображения возможны у больных эпилепсией

Педантизм формулировки выражается в особом, «широко разветвленном» и стереотипном изложении, с тщательным описанием всевозможных деталей Например, «здесь имеет место симметрия, вертикальные отростки.. черная краска нанесена неравномерно» (табл II), «здесь опять симметрия, отростки .. те же краски» (табл III) и далее в таком же стиле Наиболее часто подобный педантизм является признаком эпилептического изменения личности

Персеверация Под персеверацией в методе Роршаха понимают повторение одного и того же ответа по содержанию Существует три формы персеверации.

1. Грубая, органическая, при которой повторяется одна и та же интерпретация, причем она нередко переходит с одной таблицы на другую В тяжелых случаях одно и то же толкование относится ко всем десяти таблицам Грубая персеверация наблюдается у больных с органическими поражениями мозга, при эпилепсии, шизофрении и слабоумии.

2. Своеобразное «прилипание» к основной теме, наблюдаемое при истинной эпилепсии Испытуемый не дает совершенно идентичных ответов, но придерживается одной, мало варьируемой содержательной категории («голова собаки», «голова лошади», «голова крокодила» и т. д).

3 Ослабленная форма персеверации, при которой на фоне ответов различного содержания появляются ответы одинаковые Это не касается «популярных» ответов, поскольку «летучая мышь» может встречаться дважды в ответах на I и V таблицы Здесь важна повторяемость не совсем обычных ответов.

Кроме этого, Bohm выделяет перцептивную персеверацию, при которой испытуемый постоянно выбирает совершенно аналогичные детали изображения (часто D и Dd), но истолковывает их различно, и персеверацию воспринятой детали, когда обследуемый выбирает одну деталь (иногда все изображение) и толкует ее различно Подобное встречается и у здоровых лиц.

Анатомическая стереотипия заключается в предпочтении ответов с анатомическим содержанием При высоком проценте таких интерпретаций (60—100%) диагностика особенностей личности невозможна Нередко в патологических случаях анатомическая стереотипия комбинируется с персеверацией. Как отдельные случаи выделяют

«стереотипию частей тела» и «стереотипию лиц». Стереотипное предпочтение Hd-ответов (исключая «лица» и «головы») чаще всего указывает на слабоумие (по локализации это Do-ответы) «Стереотип лиц», по Bohm, — признак фобий и встречается при неврозах

Отнесение к себе проявляется в грубой форме во введении своего «Я» в интерпретацию. Например, «два человека, один из которых Я». В более слабой форме реализуется как сосредоточение на собственных переживаниях («это напоминает мне кошку, которая была у нас дома»). Грубая форма отнесения к себе отмечается при шизофрении и эпилепсии, реже при слабоумии, а более легкие формы встречаются у больных неврозами

Числовые и позиционные ответы В первом случае обследуемые неоправданно приписывают изображению числовое значение Piotrowski (1965) приводит следующий пример: «Это моя семья, поскольку в этой фигуре три части, так же как в моей семье три человека» или же интерпретация (табл VII) «шесть». Позиционные ответы чаще всего связаны с анатомическим содержанием, например. « это сердце, так как оно в середине» (табл II).

Отрицание цвета. Этот феномен впервые описан Piotrowski и заключается в том, что обследуемый отрицает влияние цвета на интерпретацию, хотя использует его (« это цветы, но не из-за цвета») Такие ответы обозначают как $\overline{FC}$ и, согласно Piotrowski, относят к «цветовому шоку».

Проекция цвета на черные изображения Цвет (полихромный) в интерпретацию черно-серых таблиц привносится испытуемым редко («великолепная цветная бабочка» — табл V) По мнению Piotrowski, субъект в данном случае пытается «сделать хорошую мину при плохой игре», т. е как бы навязывает себе радостное настроение при отсутствии такового Такая проекция цвета возможна у больных с органическими поражениями мозга, в инициальной стадии шизофрении, а также у невротиков.

EQa- и EQe-интерпретации введены Guirdham (1935) При EQa (essential quality atstereognostic)-ответах испытуемый указывает на такие внутренние свойства, как тяжесть («свинцовый слиток») или плотность. По данным этого автора, такие ответы появляются у лиц с особой способностью к абстрактному синтезу В EQe-ответах (essential quality emotional) содержится указание на мимику персонажа («насмешливое лицо») Предполагают,

что появление таких интерпретаций связано с определенной творческой одаренностью

Субъективная неясность локализации заключается в неспособности обследуемого локализировать интерпретацию Подобное явление возможно при олигофрениях и травмах головного мозга

СТРУКТУРА ЛИЧНОСТИ ПО РОРШАХУ И АНАЛИЗ ПСИХОГРАММЫ

Представления Роршаха о структуре личности являются определяющими для понимания метода Роршах исходил из положения, что активность человека определяется как внутренними, так и внешними побуждениями В связи с таким пониманием активности, в которой личность выражается тем отчетливее, чем менее стереотипны (структурированы) вызывающие активность стимулы В связи с этим автор вводит понятия интраверсии и экстратенсии, каждое из которых соответствует совокупности определенных черт личности, связанных с преобладающим видом активности

В эксперименте чувствительность к внутренним побуждениям представлена кинестетическими интерпретациями, к внешним — цветовыми По их соотношению устанавливают «тип переживания», важнейший показатель метода Роршаха ($M \cdot \Sigma C$) Биполярность типа переживания создает определенные трудности при статистической обработке материала Bash для того, чтобы избежать этих затруднений, вводит «коэффициент переживания», получаемый от деления одного члена типа переживания на другой (M C) Таким образом получается, что экстратенсивные проявления лежат между 0 и 1, амбиквальные соответствуют единице, а интроверсивные находятся между 0 и бесконечностью, что соответствует функции тангенса ($y = \mathrm{tg}x$) Обратная функция arctg позволяет выразить в линейных единицах шкалу интроверсии-экстратенсии Основная формула имеет вид $\mathrm{arctg}\ (\Sigma M : \Sigma C)$.

В зависимости от преобладания (равновесия) того или иного типа активности Роршах выделяет четыре основных типа переживания

1. *Экстратенсивный тип*, в котором следует различать: а) чистый экстратенсивный — «цветовые» ответы при отсутствии кинестетических энграмм, если $M = 0$, а $\Sigma C \geqslant 2$ — экстратенсивный эгоцентрический; б) смешан-

ный экстратенсивный — ΣC превышает не менее чем на единицу количество М.

2 *Интроверсивный тип,* который можно подразделить на· а) чистый интроверсивный — кинестетические интерпретации при отсутствии «цвета»; б) смешанный интроверсивный — количество М превышает не менее чем на единицу ΣC.

3 *Амбиквальный тип* — количество цветовых ответов равно числу кинестетических, допускается отклонение в ту или иную сторону до 0,5 балла

4 *Коартивный тип* — отсутствуют как кинестетические, так и «цветовые» ответы или количество тех или других не превышают единицы. Роршах различает «coartated types» (ОМ и ОС) и «coartative types (1М и 1С, 1М и ОС, ОМ и 1С). Однако большого практического значения это не имеет и мы объединяем их в понятие «коартивный тип»

Типология Роршаха представляет собой качественно новый этап в понимании интроверсии и экстраверсии. «В устранение всех возможных неясностей я хочу подчеркнуть, что использую понятие «интроверсия» в смысле, который почти ничего общего не имеет с Jung» (Роршах, 1969)

В отличие от Jung, который понимал интроверсию как состояние, Роршах считает, что интроверсия выступает и как процесс. «У нормальных тенденция ухода в себя мобильна, недолговечна нормальные могут всегда восстановить адаптацию функции» (Роршах, 1969) Интроверсия выступает как процесс, как гибкая возможность ухода в себя в зависимости от обстоятельств и условий среды. Только ригидное преобладание интроверсивных тенденций позволяет говорить об интроверсии как патологическом состоянии, и Роршах неоднократно подчеркивает это «Различие между интроверсией процессом и интроверсией состоянием должно быть тщательно очерчено Нормальные субъекты М типа (для которых характерно преобладание кинестетических интерпретаций. — *Л Б*) не должны быть названы «интровертами», а описаны как «способные к интроверсии» для обозначения того, что это не фиксированная характеристика, а мобильная черта Под состоянием интроверсии имеется в виду ригидное преобладание интроверсивных тенденций над неинтроверсивными, а это патологическое состояние» (Роршах, 1969).

Далее Роршах отмечает, что понятию интроверсии в обычно используемом смысле противостоит понятие экстраверсии и, таким образом, С-тип (который характеризуется преобладанием цветовых интерпретаций) соответствует типу экстравертированному Автор считает, что использовать такую терминологию неудобно, так как можно сделать вывод о противоположности экстраверсии и интроверсии В действительности же « психические процессы, продуцирующие интроверсию и экстраверсию, не противоположны, но различны, они различны как мышление и чувство, как движение и цвет» (Роршах, 1969, с 83) Это различие и должно быть отражено в соответствующем термине.

Отмечая наиболее существенные качества С-типа (стремление к жизни в мире внешнем, возбудимая подвижность и лабильная аффективность), Роршах объединяет их в понятии «экстратенсия», полагая, что это понятие является наиболее контрастным интроверсии Итак, преобладание того или иного типа интерпретаций находит свое выражение в соответствующих психологических характеристиках

Доминирование кинестезии	*Доминирование цвета*
Более индивидуальный интеллект	Меньшая индивидуальность
Самостоятельное творчество	Репродуктивное творчество
Более «внутренняя» жизнь	Более «внешняя» жизнь
Стабильность аффекта	Лабильность аффекта
Меньшее приспособление	Большая способность к адаптации
Более интенсивная, чем экстенсивная связь	Более экстенсивная, чем интенсивная связь
Размеренность, стабильность движений	Неспокойствие, подвижность движений
Неловкость, неповоротливость	Ловкость, проворство

«Отдельные характеристики обоих типов не показывают абсолютной корреляции одна с другой Их взаимоотношение не просто, не прямолинейно. Если субъект, например, показывает 3М и 5С, мы не можем сказать, что

любая рассматриваемая характеристика представлена в личности в определенной степени или, что определенная степень индивидуальности сочетается с определенной степенью аффективной стабильности Каждая характеристика находится под влиянием различных факторов, таких как настроение, сознательное логическое функционирование, бессознательное Эти группы могут выступать как противоположные, и это должно быть четко отделено, в клиническом, а не в психологическом смысле Под М типом просто имеется в виду, что определенные функции развиты в заметной степени То, что выступает клинически как антитезис, психологически — простая вариация» (Роршах, 1969, с 78, 79)

Учитывая вышеизложенное, можно заключить, что подход Роршаха к исследованию личности динамичен В связи с этим интересно отметить определенное соотношение интроверсии-экстратенсии с синтоническими и шизоидными реакциями (Bleuler, 1929) Действительно, « в психической области речь может идти о двух формах реакций, которые встречаются у каждого человека, но бросаются в глаза лишь тогда, когда они развиты односторонне или выражены особенно сильно Один и тот же человек может обнаружить синтоническую или шизоидную реакцию, смотря по обстоятельствам» (Bleuler, 1929, с. 28). Bleuler также считает противопоставление этих реакций индивидуума явным заблуждением «Оба типа не имеют ни положительной, ни отрицательной корреляции, не являются, следовательно, противоположными и не исключают друг друга; они существуют совершенно независимо, наряду друг с другом, в самых различных комбинациях»

Bleuler также указывает, что синтоническая реакция не является, как правило, аффектом в чистом виде, а проходит с участием интеллекта, при этом «переживание постигается аффективно (и интеллектуально) с одной только стороны, и в большинстве случаев с той именно стороны, которая является обычной в человеческих отношениях, в том, что вся наша личность, как нечто цельное, обнаруживает при этом голотимную реакцию» (Bleuler, 1929, с 31).

В. Н Мясищев и соавторы (1969) подчеркивают, что смысл выделения типов по Роршаху « заключается не столько в академической классификации людей, сколько в клиническом его значении».

Тип переживания не есть величина неизменная, фиксированная Очевидно, влияние алкоголя (сдвиг в экстратенсию), хорошее настроение, вдохновение несколько смещают формулу типа переживания в сторону интроверсии. Сильно коартирующим фактором является усталость Роршах отмечает, что во всех подобных случаях изменяется абсолютное число М и С, отношение же между ними не изменяется или изменяется несущественно

Если тип переживания сравнительно устойчив по отношению к разного рода временным состояниям, то в процессе жизни индивидуума он может претерпевать значительные изменения У детей тип переживания амбиквальный или экстратенсивный, в подростковом возрасте чаще коартивный, некоторая тенденция к расширению типа переживания наблюдается в пубертатном периоде Около 30 лет наиболее представлены интроверсивные черты, после 40 лет постепенно нарастает тенденция к коартации Появление сенильных черт ведет к развитию типа переживания в сторону экстратенсии

По нашим данным (были обследованы лица в возрасте 57—68 лет без выраженных органических изменений, контрольную группу составляли испытуемые от 18 до 26 лет), наблюдается заметное снижение продуктивности (R), уменьшение числа W, F, F+ и М-ответов При этом возрастает количество интерпретаций с учетом цвета изображения (преимущественно CF и С) и FM-ответов

Согласно Loosli—Usteri (1962), распределение типа переживания в группах нормальных взрослых следующее экстратенсивные — 43%, интроверсивные — 39, амбиквальные — 17% Разумеется, что эти данные достоверны для французской популяции и следует ожидать их изменения у других народов

Заключительным этапом исследования личности по методу Роршаха является составление психограммы и ее анализ. Ниже приведен общий вид психограммы.

Вид психограммы

Количество ответов (*R*) =
R и % отв на табл VIII—X=
R и % ответов на табл IV—VI=
Количество ответов на каждую табл

Время исследования =
Среднее время ответа на одну табл =
Среднее время реакции =
Среднее время реакции на цветные табл =

I II III IV V VI VII VIII IX X

Время реакции на каждую табл
I II III IV V VI VII VIII IX X

Среднее время реакции на ахроматические табл =

W = DW= DdW= SW =	W[1] = W% = W+ =	F = F+ = F+% = F± = F— =	Fc = c = Fc′ = c′ =
D = DS = DdD = Dd = Do = S =	D[2]= D% =	M(MC, Mc) = FM(FMC, FMc) = m(mC, mc) = FC(FCc) = CF(Cc) = C(Cc) =	H = , Hd = } H + Hd% = A = , Ad = } A + Ad% =

Другое содержание
1 ——— 4 ———
2 ——— 5 ———
3 ——— 6 ———

Тип восприятия
W %——D%———Dd%——S%——

Последовательность
ригидная, упорядоченная, инверсивная, свободная, хаотическая, неопределенная
Тип переживания (M ΣC) =
M (FM+m) =
FC (CF+C) =
ΣC Σc =
W M =

Pop %———Orig %——
Особые феномены ———

———

[1] Объединяем W-ответы с DW, DdW, SW
[2] Объединяем D ответы с DdD, DS

Анализ психограммы проводят в той же последовательности, в которой ранее рассматривались факторы, подлежащие учету при исследовании Далее рассмотрим возможность определения уровня интеллекта и особенностей контактов с окружением, а также индекс «реалистичности».

Метод Роршаха не предназначается для исследования интеллекта, тем не менее на основе комплекса показателей психограммы можно сделать выводы об уровне

его развития Оценка уровня интеллекта осуществляется с учетом следующих параметров (приведены результаты для среднего уровня интеллекта)

1 Значительное количество целостных интерпретаций (W+ от 5 до 7), комбинированные W

2 Упорядоченная последовательность

3 Тип восприятия приближается к идеальному (8W, 23D, 2Dd, 1S)

4 Высокий процент положительных форм (F+% от 75 до 85).

5 Не менее двух кинестетических энграмм ($M \geqslant 2$)

6. Разнообразное содержание интерпретаций

7. A+Ad% колеблется от 35 до 50

8. «Популярные» ответы составляют 20—25% общего числа

9 Оригинальные ответы с положительной формой (Orig + от 5 до 15%)

Наиболее важными для оценки интеллекта показателями из приведенного перечня являются количество W+; количество M+; F+%; Orig+%

Для оценки уровня интеллекта может быть полезен анализ словарного запаса обследуемого, однако для лиц замкнутых и немногословных такой подход затруднителен По заключению ряда авторов, метод Роршаха позволяет легче и надежней оценить интеллектуальный уровень эмоционально устойчивых испытуемых

Снижение уровня интеллекта может быть обусловлено невротическим или депрессивным торможением и слабоумием различного генеза Невротическое торможение проявляется расхождением уровня показателей, например, F+% достаточно высокий может сочетаться с D_0 и «анатомическими» интепретациями, а также шоками При малом количестве W и повышенном проценте A+ +Ad можно судить о прежнем уровне интеллекта по появлению F+, Orig и M интерпретаций Возможны и другие комбинации (например, отсутствие M и Orig, но много F+ и низкий A+Ad%). При депрессиях часто наблюдается увеличение времени реакции и небольшое количество ответов при высоком уровне формы Для слабоумия характерны следующие признаки·

1 Время реакции увеличено

2. Количество ответов преимущественно ниже средней величины

3 Мало и банальные W+

4 Часты DW, DdW и много Dd

5 F+%<60

6 М ответов либо нет вообще, либо не более одного, причем только на II или III таблицы

7 Экстратенсивный тип переживания. У «возбудимых» цвет может быть значительно представлен Часты называния цвета. Цвет «притягивает», отсюда больше ответов и короче время реакции на табл VIII — X

8. Hd>H.

9 Высокий A+Ad% (70—100%)

10. Малое количество популярных ответов

11 Тип восприятия D — Dd, часто D_0.

12 Последовательность возможна как хаотическая, так и упорядоченная

13. Субъективная неясность локализации

14. С трудом усматривается что-либо в изображениях

15 Персеверации

В зависимости от генеза и степени выраженности слабоумия возможны также абсурдные ответы, Orig—, конфабуляции, критика изображения

Для вывода об особенностях контакта с окружением привлекаются

D-ответы, репрезентирующие конкретную, реалистическую интеллектуальную активность;

кинестетические энграммы (экстенсивные);

FC-ответы, отражающие аффективную приспособляемость (при экстратенсивном типе переживания способность к адаптации выше),

популярные интерпретации (интеллектуальная адаптация),

H+Hd%, в определенной степени выражающий заинтересованность в межчеловеческих отношениях.

В некоторых случаях при диагностике весьма показательным является определение «индекса реалистичности» (RI), введенного Neiger (цит. по Bohm, 1968, с. 115—116), который учитывает следующие показатели реалистичности ответов испытуемого.

1. Любой М-ответ по табл. III в положении «а».

2 Целостный ответ «летучая мышь» по табл. V.

3 Интерпретация боковых частей табл VIII как фигур животных

4. Интерпретация какой-либо крупной детали (D) табл X как животного

Если обследуемый дает реалистический ответ первым, то его оценивают в 2 балла, если таковой появляется позднее, — в 1 балл, а если отсутствует. — 0 Оптимальная величина RI — 6 баллов (обычно у взрослых здоровых лиц от 5 до 7) Согласно Neiger, максимальный показатель RI наблюдается в норме у лиц чрезмерно педантичных, а также подростков, в патологии — при депрессиях и неврозе навязчивых состояний («бегство в банальность»). Значительное снижение RI (от 0 до 4) свидетельствует о нарушении контроля над реальностью, но нормально для детей.

ПРОБЛЕМА ВАЛИДНОСТИ МЕТОДА РОРШАХА В ИССЛЕДОВАНИИ ЛИЧНОСТИ

На первых этапах становления и развития проективных методов для ряда специалистов вопрос их валидности не имел существенного значения Авторы подчеркивали необходимость разработки особых критериев, но не уточняли, каких именно (Frank и др) Подобная точка зрения способствовала проникновению в теорию проективных методов психоаналитических концепций, с помощью которых произвольно толковали объективные данные, регистрируемые при исследовании Вопрос о целесообразности изучения валидности проективных методов неоднократно обсуждался в литературе и в настоящее время не вызывает сомнения у большинства исследователей

В этом разделе мы остановимся на исследованиях, проведенных в нашей стране и за рубежом Укажем, что многие из упоминаемых отечественных исследований носят характер постановки проблемы, поскольку традиции применения проективных методов только начинают складываться и интерес к ним возник сравнительно недавно.

Отечественные исследования

Условно можно выделить два периода изучения метода Роршаха в нашей стране Первый период относится к концу 20-х — середине 30-х годов Он характеризуется наибольшим распространением различных тестов (в педологии, психотехнике). Однако экспериментов с использованием метода Роршаха было немного, несмо-

тря на широкое заимствование других зарубежных методов Это объясняется прежде всего тем, что этот метод еще не был так широко распространен, как в настоящее время

Прежде всего следует остановиться на работе А Е Петровой (1927), в которой автор пытается с помощью данных, полученных в результате использования метода Роршаха, дать психологическую классификацию личностей. Рассмотрение восприятия во взаимосвязи с индивидуальным эмоционально-волевым опытом, обусловленным по мнению А Е Петровой психической конституцией, заставляет автора заняться поисками таких типов «эндогенных» реакций, обнаруживаемых методом, которые соответствовали бы психическим конституциям В качестве таковых выделяется два типа реакций аффективно-абстрактная и конкретно-эмоциональная, как соответствующие различным конституциям

Следует указать, что в последние годы было проведено исследование связи конституциональных особенностей с показателями Роршаха (на материале больных маниакально-депрессивным психозом с учетом типа течения и пола) Такой подход может оказаться перспективным и создать предпосылки для типологии отдельных групп больных (И Г Беспалько, 1976)

Краткое описание метода Роршаха помещено в практикуме по экспериментальной психологии, в котором метод трактуется как предназначенный для исследования типов воображения (И. С Любимов, 1936). Такое изложение метода страдает не только схематичностью описания, но и, главным образом, неадекватным пониманием некоторых диагностических категорий Так, И С Любимов полагает, что факторы экстра-интроверсии являются непосредственно перенесенными из типологии Юнга.

К этому периоду относятся исследования, проводившиеся В М Гаккебушем и его сотрудниками на базе Киевского психоневрологического института. Впервые отечественными исследователями были получены результаты, подтверждающие данные Роршаха о наличии определенных особенностей восприятия у больных эпилепсией (В М Гаккебуш и соавторы, 1928). Проводятся первые в стране эксперименты по изучению возможностей метода Роршаха для диагностики психопатий (Р. И. Фундылер и Е. И Смирнова, 1930). Метод применяют и при изучении неврозов, когда необходимо об-

наружить скрытый патологический комплекс (А. Н Мацкевич, 1930).

Второй этап исследований начинается в 60-х годах, что обусловлено возрастающими потребностями различных областей современной психологии. В связи с этим следовало осмыслить и оценить методы, широко используемые за рубежом, а также значительный экспериментальный материал, собранный в этих исследованиях. Появляется ряд теоретических обзоров, посвященных анализу проективных методов исследования личности Первые экспериментальные работы носят характер апробации методов, в них изучаются границы и возможности применения этих методов для решения клинико-диагностических задач.

Э А. Вачнадзе (1960—1970) в своих исследованиях анализирует «своеобразие воображения» больных шизофренией, а полученные результаты рассматривает с позиций, разработанных в психологии установки Показана достаточно высокая степень соответствия данных, полученных методом Роршаха, с особенностями рисунка больных эпилепсией и шизофренией Некоторые сведения об особенностях интерпретаций больных шизофренией и эпилепсией без какого-либо качественного анализа сообщает Б. И. Бежанишвили (1966).

Метод Роршаха был использован при дифференциальной диагностике бредовых психозов пресенильного возраста и, согласно полученным результатам, оказался валидным для обнаружения определенных особенностей в каждой группе больных (Д М Менделевич, 1966). Сопоставление результатов, полученных по методу Роршаха, с клиническими данными показало их полное соответствие при исследовании стойких особенностей личности больного (М П. Андреев и Д М Менделевич, 1963).

Определенный интерес представляют также предварительные итоги оценки с помощью метода Роршаха эмоциональной сферы больных с очаговыми нарушениями лимбико-ретикулярного комплекса. Использование этого психологического метода наряду с физиологическим и клиническим позволило наиболее полно изучить роль данных структур мозга в формировании особенностей личности (А М Вейн и П И Власова, 1966).

В отечественной литературе есть также сведения о возможности дифференцированной оценки (с помощью проективных методов) невротической и психотической

тревоги (Ю С Савенко и М З Дукаревич, 1970) Так, психотическая тревога характеризуется. снижением процента положительных форм (F+%<50), преобладанием Dd ответов, Ad>A, Hd>H, C⩽1, M⩽1, значительным числом «светотеневых» интерпретаций, неупорядоченной последовательностью Ю. С. Савенко (1974) попытался использовать метод Роршаха для обследования лиц, намеревавшихся покончить жизнь самоубийством, что позволило ему наметить ряд показателей «суицидального риска».

При оценке диагностической значимости этого метода автор исходит из того, что ряд показателей может быть основанием для заключений, «совпадающих в значительном большинстве случаев с окончательным диагнозом и данными катамнезов» (Ю. С Савенко, 1976)

Н Н. Станишевская (1969, 1970) предложила использовать метод Роршаха при судебно-психиатрической экспертизе По ее данным, можно выделить специфические особенности в интерпретациях больных шизофренией и психопатией Автор делает выводы о целесообразности использования изучаемого метода. Исследование структуры личностной дезорганизации в клинике реактивных состояний, проведенное Н. Н. Станишевской (1977), подтверждает возможность получения важных для оценки изменения личности больного результатов при проективном подходе

Исследованию больных шизофренией посвящена работа Ф М Контридзе, М. С Местиашвили и С В Туладзе (1975), которые проследили изменения ряда показателей Роршаха на различных стадиях заболевания (инициальной, полного развития болезни и конечных состояний). Полученные результаты, на наш взгляд, нуждаются в дальнейшем уточнении

Работы В. Г. Норакидзе (1971, 1973, 1975), проведенные с помощью комплекса методов (фиксированная установка, беседа, исследование спонтанных высказываний, метод ограниченных ассоциаций, ТАТ, метод Роршаха), посвящены изучению личности подростка и взрослого человека Анализ результатов, полученных методом Роршаха, полностью построен на заимствованных у Beck (1944—1952) положениях о психологическом значении показателей теста, что несколько снижает ценность работы Обращает на себя внимание высокая степень согласованности данных, полученных различными методами.

В последнее время метод Роршаха, точнее, его приблизительная дидактическая модель, наряду с ТАТ, введен в практикум для студентов-психологов

В заключение следует заметить, что вышеизложенные исследования имеют фрагментарный характер, а полученные результаты недостаточно теоретически осмыслены с позиций советской психологии. Общим и наиболее существенным для этих исследований является. признание целесообразности применения метода в клинико-психологических исследованиях личности, значимости и достаточно высокой валидности получаемых результатов и вывод о необходимости дальнейшей разработки метода

Зарубежные исследования

Экспериментальный материал, накопленный по методу Роршаха за рубежом, практически необозрим, поэтому остановимся лишь на основных зарубежных исследованиях, связанных с изучением проблемы валидности метода

Огромное количество клинического материала уже само по себе является свидетельством возрастающей уверенности исследователей в валидности метода. Многообразие приемов изучения валидности проективных методов было классифицировано и обсуждено Hertz (1941), McFarlane (1942), Sargent (1945), Ainsworth (1951), Suinn и Oskamp (1969). Существует довольно много приемов изучения валидности, однако можно выделить основные принципы, определяющие их. Как известно, в психометрии мерой валидности служит коэффициент корреляции между показателями метода и какимлибо объективным измерением исследуемой переменной.

Многие авторы указывали на успешность предсказания как показатель, наиболее существенный для определения валидности метода Piotrowski, используя в качестве критерия выздоровление больных шизофренией после введения инсулина, смог с достаточной надежностью предсказать по протоколам метода Роршаха, кто из больных выздоровеет. Автор выделил шесть типов реакций, а при появлении трех из них у одного и того же больного считал возможным его выздоровление после инсулиновой терапии (из 60 случаев только 7 предсказаний не оправдались).

Исследователи, занимающиеся при помощи метода Роршаха предсказанием нормального поведения, придерживаются в основном двух точек зрения. Одни считают, что метод Роршаха позволяет сделать более надежные предсказания, чем те, которые могут быть получены с помощью непроективных методов (Munroe, 1942, 1943). Другие исследователи отмечают, что предсказания, основывающиеся на объективных методах, более достоверны (Kelly и Fiske, 1950). Сложность таких экспериментов заключается в необходимости установить адекватные внешние критерии, исходя из которых осуществляется предсказание

Разработаны специальные приемы, позволяющие изучить соответствие получаемых результатов не только с каким-либо критерием последующего поведения испытуемых, но и с критерием, действующим в настоящий момент.

Прежде всего это известный прием подбора, разработанный Vernon (1936). Используя этот прием, на основании показателей метода относят полученный протокол к тому или иному типу, а затем изучают согласованность данных по отношению к какому-либо внешнему критерию, например к клиническому диагнозу Как образец такого «подбора» можно привести исследование Chambers и Hamlin (см Meili, 1961). Методом Роршаха было обследовано пять категорий больных: депрессивные, больные неврозом, шизофренией, больные с поражениями мозга и слабоумные 20 экспертов получили по 5 протоколов, каждый из которых соответствовал одному из видов заболеваний. Эксперты должны были изучить материал, содержащийся в протоколе, и отнести его к тому или иному заболеванию (табл 2). Однако этот прием, внешне объективный, имеет значительные недостатки. Так, различия в языке протокола позволяют сделать (вне зависимости от показателей Роршаха) предварительный вывод о том, кому принадлежат интерпретации. Как отмечает McFarlane (1942), большое значение имеет также степень подготовленности эксперта для достижения согласованности результатов.

Важными факторами являются разнородность материала, его количество Эксперту значительно легче ориентироваться, если есть протоколы, выделяющиеся своей специфичностью Vernon получил коэффициент согласованности 0,833±0,315, тогда как подобный эксперимент

Таблица 2

Совпадения мнения экспертов с клиническим диагнозом

Больные	депрессивные	неврозом	шизофренией	с поражением мозга	слабоумием
депрессивные	10	4	1	4	1
неврозом	3	11	4	2	0
шизофренией	4	5	8	3	0
с поражением мозга	1	0	7	11	1
слабоумием	1	0	0	1	18

на более однородном материале понизил результат до 0,434±0,78 (Palmer, 1951).

Модификация этого приема, известная как «слепой анализ» (Rosenzweig, 1935), основывается на изучении сходства между протоколами и клиническими данными В этом случае протокол оценивается и интерпретируется без какого-либо контакта с испытуемым и эксперт не располагает клиническими данными. Таким приемом пользовались Benjamin и Ebaugh (1938), которые обследовали 46 больных, причем один из авторов использовал клинические методы, а другой — метод Роршаха Полученные результаты показали достаточно высокую степень соответствия. Так, Hertz и Rubenstein (1939) предложили таким известным специалистам как Beck и Klopfer поставить диагноз только на основании роршаховских протоколов Предварительно трое обследуемых были подвергнуты тщательному клиническому наблюдению. Диагноз, поставленный на основании протокола, полностью совпадал с клиническим

Однако следует особо подчеркнуть, что независимо от степени согласованности результатов при анализе протоколов необходимо прежде всего исходить из знания личности, иначе любое исследование не имеет смысла Степень согласованности зависит от ряда факторов, поэтому каждый случай особо высокого коэффициента совпадения должен быть проанализирован, так как это может привести к некритическому предпочтению отдельного метода.

Аналогичные исследования были проведены Miale, Clapp и Kaplan (1938), а также Piotrowski (1937, 1938), которые достигли высокой степени совпадения клиниче-

ских данных с результатами, полученными при использовании метода Роршаха. Brussel и Hitch (1942) сообщили о совпадении результатов в 98% из 50 случаев, Michael и Buhler, а затем Garfield изучая случаи, наиболее сложные для диагностирования, получили 70% совпадений.

Рассмотренные выше подходы к изучению валидности метода Роршаха (успешность предсказания, подбор, «слепой анализ») объединяет то, что данные, полученные из метода в соответствии с концепцией Роршаха, рассматривались в наиболее общем аспекте, а затем были сопоставлены с личностью в целом Большое значение имеют также исследования валидности отдельных показателей или групп показателей метода Роршаха Примером могут служить эксперименты Williams (1947) Успешность выполнения задания по шифровке цифр (субтест Wechsler) в обычных и стрессовых условиях была прокоррелирована с показателями контроля Роршаха, что позволило найти их высокую взаимообусловленность (для F+% r=0,71, для FC — 0,35, в сумме эти показатели дают r=0,82) В дальнейшем были поставлены многочисленные эксперименты по изучению обоснованности показателей тревожности (Eichler, 1951; Holtrman и соавторы, 1954), депрессии (Bills, 1954 и др) и других особенностей личности

Особый интерес представляют исследования «интеллектуальных» показателей метода (Beck, 1923, Hunter, 1939; Wysocki, 1957; Sommer, 1958, и др.). Так Beck, обследовав 69 больных со слабоумием, указывает на значимые корреляции с измерением интеллекта по шкале Binet — Stanford (для W r=0,474, F+% — 0,620, M — 0,256, Orig — 0,391). Wysocki, использовав метод Raven, как внешний критерий также обнаружил значимые корреляции с рассмотренными показателями и отметил необходимость их совместного рассмотрения при оценке уровня интеллекта (для M r=0,20, тогда как для взятых совместно M, W, F+ — 0,50)

Во многих исследованиях была подтверждена гипотеза Роршаха о детерминантах цвета (FC, CF, C), как относящихся к эмоциональной сфере (Hertz и Baker, 1942; Schwarz, 1951; Crympton, 1956, и др.). Сопоставление «цветовых» ответов проводилось не только с психологическими методами, направленными на изучение эмоциональной сферы, но и с психофизиологическими измере-

ниями Можно сослаться на исследование Broekmann (1970), который результаты, полученные с помощью метода Роршаха, рассматривал во взаимосвязи с вазомоторикой, темпом сердечной деятельности и КГР

Своеобразный подход к изучению цветовых детерминант применили Ruesch и Finesinger (1941), которые выявили отчетливую корреляцию характера использования цвета в рисунках больных различными заболеваниями с появлением «цветовых» интерпретаций в протоколах.

Согласно Роршаху, рассмотрение взаимосвязи кинестетических и цветовых интерпретаций является наиболее существенным моментом в диагностике и позволяет определить тип переживания личности или соотношение параметров интро-экстратенсии. Поэтому важны исследования, связанные с изучением обоснованности психологического значения этих параметров

Цикл таких исследований посвящен изучению связи типа переживания с интро-экстравертированностью, обнаруживаемой в объективном эксперименте (использование личностных опросников). Некоторые авторы констатировали незначительную корреляцию между психометрическими результатами и данными по Роршаху (Palmer, 1956, Wysocki, 1957) Vaught и Krug (1938) сообщают о корреляции, равной 0,74, со шкалой B3 — I опросника Bernreuter, по данным Hertz (1943), r=0,86 со шкалой Allport

В одном из недавних исследований изучалась взаимосвязь данных по Роршаху с результатами по шкалам B3 — I Bernreuter и социальной интроверсии MMPI (Allen и соавторы, 1964). Авторы отобрали три группы из 123 студентов (интроверты, амбаверты, экстраверты) по данным опросников, а затем произвели обследования по Роршаху Это позволило им сделать вывод о том, что «дихотомия между особенностями формирования образов (ideational) и поведенческими явлениями не прочна с точки зрения согласованности между результатами личностных опросников и метода Роршаха» (Allen и соавторы, 1964, с. 313)

Обоснованность изучения отдельных показателей метода Роршаха для проверки и уточнения их психологического значения имеет большое методическое значение и неоднократно обсуждалась различными авторами. Piotrowski (1938) считает неприемлемым такой план исследования Он отмечает, что изолированные аспекты

личности не имеют никакой научной ценности, если рассматриваются обособленно от личности в целом, и поэтому неправильно определять валидность различных компонентов метода Роршаха в зависимости от их приложения к различным «осколкам человеческого поведения».

Очевидно, что это положение нельзя признавать безоговорочно, так как полное отрицание возможности изучения отдельных аспектов личности логически влечет за собой признание несостоятельности абстрагирования элементарных компонентов личности

Многие исследования показывают важность изучения не только картины целостной интеграции личности, но и психологического значения определенных групп показателей метода.

Следует указать, что попытки изучения каждого отдельного показателя, взятого изолированно, являются ошибочными Так, если существует гипотеза о том, что факторы А, В, С указывают на свойство личности X, то нет оснований предполагать, что каждая переменная в отдельности дает такой же эффект

Во многих исследованиях проблема валидности метода решается при сопоставлении результатов в группах с различными диагнозами (например, результаты, полученные в группе обследуемых с диагнозом А, сравниваются с таковыми в группе с диагнозом не — А или Б), т е речь идет о дискриминативных возможностях метода Диапазон таких изысканий охватывает все психические заболевания с известными формами течения Наряду с этим существует большое количество работ, оценивающих возможность дифференциации возрастных, профессиональных, этнических и других групп. Такой подход позволяет выявить характерные «синдромы», обнаруживаемые методом Роршаха.

Существенным вкладом в решение проблемы валидности метода является изучение внутренней структуры, под этим понимают анализ корреляции отдельных показателей метода с результатами в целом Для этих целей используют факторный анализ (Hsü, 1947; Sen, 1950, Adcock, 1951) Помимо определения показателей, имеющих наибольшую диагностическую ценность, такой план работ позволяет установить степень общности, которая приписывается ряду факторов, и таким образом проверить рабочие концепции метода Роршаха.

Wittenborn (1949) обратил внимание на то, что обычно применяемая при анализе результатов сумма ряда показателей (ΣM, ΣC и т. д.) предполагает. во-первых, подобие в поведенческом аспекте тех ответов, которые объединяются в сумму, во-вторых, отличие психологического значения одной группы ответов от другой Автор заключает, что практика объединения интерпретаций цвета в общее число, которое трактуется иначе, чем сумма появляющихся кинестетических энграмм, оправдана. Кроме того, он делает вывод о том, что поскольку установлена связь между цветовыми интерпретациями, то возможно, что общее их число может иметь большую степень связи по отношению к другим объединенным разновидностям ответов (Wittenborn, 1950).

Определенное значение при доказательстве валидности метода Роршаха имеют исследования анализа психологического эффекта специальной терапии и операций на мозге (Pacella и соавторы, 1947; Waters, Sacks, 1948, и др), а также некоторые психофармакологические исследования

Помимо рассмотренных основных направлений в исследовании валидности метода Роршаха большое значение имеет изучение надежности. Для решения этой задачи самым существенным представляется создание серий таблиц, адекватных роршаховским Попытки создания параллельных серий стимульных таблиц были предприняты еще при жизни Роршаха Одна из таких серий была предложена Behn — Eschenburg вместе с Роршахом (опубликована Zulliger, 1941), а затем подобные работы были продолжены (Drey — Fuchs, 1958; Bilikiwicz, 1954, и др.). Иногда для изучения надежности используют повторные эксперименты с теми же таблицами, однако в этих случаях нельзя исключить вероятность простого запоминания при малых интервалах времени и при необычности стимуляции. При значительных интервалах между исследованиями возможно отражение происшедших изменений в некоторых характеристиках личности. В большинстве исследований обнаружена высокая надежность результатов, получаемых с помощью метода Роршаха (Bohm, 1968, ссылаясь на результаты Fosberg, пишет о коэффициенте корреляции 0,80—0,90).

На основе многочисленных исследований с помощью метода Роршаха можно сделать вывод о значении получаемого материала для изучения личности. Наибольшая

ценность метода Роршаха заключается в том, что он позволяет подойти к построению модели целостной личности «Тесты интеллекта критикуются потому, что они принимают во внимание незначительное количество сопутствующих эмоциональных состояний субъекта Личностные тесты критикуются за то, что иногда они скорее исследуют интеллект, чем аффективную жизнь индивида. Метод Роршаха ценен в том отношении, что одновременно показывает общий интеллектуальный уровень и эмоциональные черты, позволяя, таким образом, избегнуть ошибок, приписываемых большинству «личностных тестов» (Hertz, 1935).

В заключение следует отметить, что большинство исследований валидности метода Роршаха за рубежом показывает обоснованность применения этого метода для решения разнообразных задач изучения личности. Однако существует ряд работ, в которых валидность метода для решения некоторых диагностических задач ставится под сомнение. Так, например, критикуют обоснованность применения метода при профессиональном отборе (Eysenck, 1957). Поэтому необходимо тщательно проверить валидность метода Роршаха для решения различных диагностических задач. Наконец, следует подчеркнуть, что результаты проверки валидности метода Роршаха зависят и от того, где проводились эти исследования. Вероятность того, что проверка валидности даст положительный результат в академических институтах, составляет 34%, тогда как в учреждениях неакадемического характера (преимущественно клинических) вероятность увеличивается почти в два раза (Levy, Orr, 1959)

ГЛАВА III
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

При создании своего метода Роршах, опираясь на исследования психически больных, пытался разработать критерии для дифференциальной диагностики различных заболеваний. Он подчеркивал, что поставить окончательный диагноз на основании обследования только его методом невозможно Многими исследователями это предостережение было забыто Значительная часть последующих работ посвящена поиску признаков, специфичных только для определенного типа патологии (патогномонических признаков). Эти исследования позволили выделить группы признаков, определенное количество которых, обнаруженное в эксперименте, позволило наметить пути дальнейшего, более углубленного анализа.

При клинических исследованиях с применением метода Роршаха возможно получение разноречивых результатов, что связано не только с недостаточной разработанностью самого метода и способов его применения, но также и с недостатками этих исследований. Расхождения точек зрения исследователей во многом обусловлены различными клинико-диагностическими критериями, несовершенством собственно клинической диагностики, попыткой применения ложных психологических и психиатрических теорий к толкованию результатов.

Помимо вышеизложенного следует учитывать и то, что метод Роршаха характеризует внутреннюю психологическую сферу индивидуума, в то время как большинство клинических диагнозов основывается на «открытом» поведении. Преодоление этого противоречия становится возможным при тщательном клиническом диагнозе, основанном на длительном наблюдении и данных объективных исследований. Такой диагноз может и должен выступать в качестве внешнего критерия.

Нам представляется наиболее рациональным путь исследований от клинической практики, клинических данных к толкованию результатов метода Роршаха, а не наоборот, когда полученные данные рассматривают исходя из ранее созданных интерпретационных схем. При

таком подходе необходимо учитывать выработанные во многих исследованиях психологические характеристики различных показателей метода.

Piotrowski (1965, с. 523) справедливо отмечает, что в свете результатов метода Роршаха «...испытуемые выглядят менее цельными, не столь гармоничными личностями, предстают носителями ряда патологических черт, не проявляющихся при других обстоятельствах. Зачастую метод Роршаха выявляет такую степень дезорганизации личности, которую обычные наблюдения обнаружить не могут. Именно в этом наибольшее практическое достоинство метода как вспомогательного средства диагностики».

Анализируя результаты, полученные с помощью метода Роршаха, исследователь должен стремиться не к выделению точной симптоматики (чаще всего это невозможно), а к определению общего типа симптома. Метод Роршаха наиболее эффективен для внутринозологического изучения структуры психического дефекта, степени его выраженности, индивидуальных особенностей стереотипа развития болезни.

В своих исследованиях (больных шизофренией и эпилепсией) мы исходили из положения, что клинически установленное изменение личности (по типу соответствующего заболевания) должно найти свое отражение в особенностях перцептивной деятельности Основанием для этого является разработанное в советской психологии положение о том, что познавательные процессы не существуют изолированно от личности, ее «внутренних условий» (С. Л. Рубинштейн, Л. С. Выготский, А. Н Леонтьев и др.). Отражение человеком действительности всегда оказывается опосредованным его личностными особенностями.

Все это справедливо и для восприятия, которое в настоящее время понимают как сложную информационную структуру, на которую «влияют многие виды внутренних побуждений, выступающих в качестве подкрепления перцептивных процессов, регуляторов отбора впечатлений и инициаторов выбора объектов наблюдения» (Б. Г. Ананьев и соавторы, 1968). Исходя из этого правомерно полагать, что изменение личности приводит и к изменению структуры перцептивной деятельности.

Исследование познавательных процессов в патологии оказалось плодотворным и перспективным направлени-

ем (Б. В. Зейгарник и сотрудники, Ю. Ф. Поляков и сотрудники) и позволило понять целостный и закономерный характер соответствующего заболевания.

ШИЗОФРЕНИЯ

В значительном количестве исследований, посвященных изучению больных шизофренией методом Роршаха, излагаются самые разнообразные точки зрения о диагностической ценности тех или иных показателей. Роршах полагал, что больным шизофренией наиболее присущи следующие основные признаки:

1) количество ответов обычно ниже среднего, реже в пределах нормы или выше;

2) частые отказы, особенно симптоматичны на таблицу V;

3) неоправданное приписывание изображению числовых или геометрических значений;

4) внезапное снижение качества реагирования на форму;

5) контаминации;

6) частные абстракции, отнесение интерпретации к себе;

7) частые DW, иногда W;

8) позиционные ответы.

Диагностическая значимость отказа от интерпретации V таблицы (наиболее легкой для толкования здоровыми) и отсутствия популярных ответов была подтверждена исследованиями (Schneider, 1937). Weber (1937) сообщает о частом отказе больных шизофренией от ответов по последним трем таблицам.

Skalweit (см.: Piotrowski, 1965) в своих исследованиях больных шизофренией на различных стадиях заболевания приходит к выводу, что по мере развития процесса происходит снижение количества кинестетических энграмм, в меньшей степени — «цветовых» ответов. По мере ухудшения состояния исчезают FC- и относительно увеличиваются CF- и C-интерпретации. Автор приводит следующее изменение отношения $M : \Sigma C$ у 20 больных с ухудшением состояния. первоначально 2,3 : 4,2, по результатам же последнего обследования отношение составило 1,3 : 3,3. Помимо этого указывается на снижение F+ % и хаотическую последовательность.

Попытка проследить динамику шизофренического процесса представлена в работе Binswanger (см. Piotrowski, 1965) Больные шизофренией были первично обследованы в период выраженного начального проявления заболевания. После острого процесса, по данным последующих проб, больные были разделены на две группы. В первой группе, по мере перехода в последующие стадии, отмечается уменьшение общего количества ответов, кинестетических интерпретаций и количества ответов на три последние таблицы. Понижается F+% и особенно W+%, испытуемые в этой группе редко давали ответы по мелким деталям изображений Во второй группе количество ответов возросло за счет толкований мелких деталей стимулов (до 20% ответов), увеличивается F+% и количество интерпретаций на три последние таблицы, по мере улучшения состояния появляется «цветовой шок»

Rickers — Ovsiankina (1938) сопоставила данные исследования больных шизофренией с результатами здоровых испытуемых (при соответствии возраста, пола, образования и уровня интеллекта) Обнаружены резкие различия в качестве формы. У здоровых людей количество «цветовых» и кинестетических интерпретаций было почти одинаковым, а у больных шизофренией преобладали «цветовые» ответы при небольшом количестве кинестетических.

Для больных было характерно увеличение количества «светотеневых» интерпретаций, уменьшение процента популярных ответов при появлении многих оригинальных (Orig —), наконец, значимое понижение F+%. Beck (1938) получил примерно такие же результаты и дополнительно отметил склонность больных шизофренией к выбору для интерпретации мелких деталей изображений. Weiner (см.: Piotrowski, 1965) в своих исследованиях по дифференциации больных шизофренией от других больных использовал три признака: наличие одного или двух CF-ответов; «сумма цвета» более единицы, но менее 3,5 и наличие хотя бы одного С-или CF-ответа при отсутствии c′. Результаты показали, что по крайней мере два из признаков присутствовали у 78% больных шизофренией, в то же время эти же признаки были обнаружены у 29% психопатических личностей и у 16% больных неврозами.

Thiesen (1952) на основании анализа 60 протоколов

больных шизофренией и 157 протоколов здоровых людей выделяет 9 признаков:

1) высокое количество «анатомических» ответов;
2) A+Ad% < 34;
3) DW > 0;
4) F+% < 69;
5) FC+ = 0;
6) M = 0;
7) менее пяти популярных ответов (оцениваются по Beck);
8) большое количество ответов «сексуального» содержания;
9) Z-показатель ниже 8 (по Beck).

Delay и соавторы (1958) помимо трех патогномонических показателей Роршаха дополнительно выделили следующие характерные для шизофрении признаки: называние цвета; диссоциация, проявляющаяся в том, что обследуемый «видит» ряд не связанных между собой объектов, но не в состоянии интегрировать их в единое целое; лишенные логической связи вторичные ассоциации («это египетское животное»); символические ответы («это два льва, они символизируют силу»); ответы «акушерского» содержания («плод», «зародыш» и т. п.); симметричная диссоциация — рассмотрение симметричных деталей как различных («печень и селезенка»).

Piotrowski (1957) в своих исследованиях руководствуется следующим набором признаков, которые могут указывать на шизофрению:

1) трудности при интерпретации изображений, уподоблении их чему-либо знакомому;
2) количество ответов различно, выраженных тенденций нет;
3) время на обдумывание ответа меньше, чем у здоровых;
4) затруднения при интерпретации «легких» таблиц (V);
5) уровень формы выраженно колеблется в протоколе, в целом низкий F+%;
6) часто хаотическая последовательность;
7) часты DW, DdW, SW, если много W-ответов, то они сочетаются с негативной формой, встречаются также контаминированные W-ответы;
8) M-ответов нет или их очень мало, при параноидной шизофрении 1—2 кинестетические интерпретации;

9) «цветовые» ответы в виде CF и C, тип переживания коартативный или экстратенсивно-эгоцентрический, называние цвета;

10) часты Fc- и c-ответы;

11) много ответов с «анатомическим» содержанием;

12) интерпретация изображений как знаков, цифр, геометрических фигур;

13) в содержании ответов присутствуют понятия: «крушение», «разрыв», «расщепление», предметы с острыми формами, что-то растоптанное, раздавленное и т. п.;

14) отнесение интерпретации к себе;

15) стереотипии, персеверации;

16) абсурдные ответы.

В заключение приведем таблицу, заимствованную у Klopfer и Kelley (1942), в которой сопоставляется результаты некоторых исследований больных шизофренией по методу Роршаха (табл. 3).

Необходимо также упомянуть исследования, в которых на основании показателей метода Роршаха пытаются прогнозировать течение заболевания (сравнение результатов в тех группах больных, в которых в результате лечения наступило или же не было отмечено улучшение состояния). Piotrowski (1941) указывает на благоприятное прогностическое значение таких показателей, как M+ и W+, несколько меньшее значение имеют «цветовые» ответы и F+%. Bloom и Arkoff (см.: Piotrowski, 1965) побуждали больных шизофренией к популярным ответам и оказалось, что такая интерпретация доступна тем больным, у которых впоследствии наступило улучшение состояния.

По данным Rickers — Ovsiankina (см.: Piotrowski, 1965), у больных шизофренией, состояние которых в дальнейшем улучшилось, наблюдались более интенсивные проявления аффективности и тревожности, чем у больных, у которых улучшение не наступило.

Таким образом, во многих исследованиях наблюдается определенная согласованность в выделении «шизофренических» признаков. Но наряду с этим ни одно из них не содержит данных, полностью идентичных другому, что можно объяснить следующими причинами:

1. Основная трудность, с которой сталкивается большинство исследований шизофрении методом Роршаха, заключается в «полиморфизме» этого заболевания, слож-

Таблица 3

Сопоставление результатов исследования больных шизофренией с помощью метода Роршаха

Показатели	Beck	Rickers — Ovsiankina	Rorschach	Klopfer, Kelley
Последовательность	Хаотическая, DW наиболее типичны	Хаотическая W—Dd—D	Хаотическая W—Dd	Хаотическая W—Dd—D—DW
W	Меньше, чем у здоровых	Больше, чем у здоровых W—	—	Плохо организованные W или DW
Конфабулированные DW	Присутствуют	Присутствуют	Присутствуют	Присутствуют
Контаминации	Присутствуют	—	Патогномоничны	Обычно патогномоничны
Dd	Больные «чувствительны» к ним	Важно качество, а не количество	—	Встречаются часто, важно качество и количество
M	Количество снижено	Количество снижено	Больше у параноидных, меньше у других	Больше у параноидных, меньше у других
Цвет	Повышено количество C и CF, мало FC	Важно отношение CF и C к FC	—	Количество C и CF повышено у гебефреников, ниже у параноидных и при простой шизофрении
Тип переживания	Доминирование C	Доминирование C	—	Доминирование C
Называние цвета	—	Присутствует	—	Иногда присутствует
F+	Количество снижено	Количество снижено	Количество снижено	Количество снижено
Pop %	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий

Показатели	Beck	Rickers — Ovsiankina	Rorschach	Klopfer, Kelley
Снижение качества реагирования на форму	Имеет большое значение	Имеет большое значение	Патогномонично	Очень важно, не патогномонично
Отказы	Присутствуют	Присутствуют	Присутствуют	Присутствуют
Оригинальные ответы	Низкое качество	Количество возрастает, низкое качество, различное качество	Количество возрастает, присутствуют Orig+ и Orig— одновременно	Возрастает количество Orig + и Orig —
A%		Важно отношение A% к Orig %		Важно отношение A% к Orig%
«Светотеневые» ответы	—	Присутствуют	—	K и c (FK, Fc), но C′ редки
Позиционные ответы	Присутствуют	Присутствуют	Патогномоничны	Присутствуют и обычно патогномоничны
Абстракции и отнесение к себе	Присутствуют	Присутствуют	Присутствуют	Присутствуют
Персеверация	Присутствует	Присутствует	Присутствует	Присутствует
Описание таблицы	Присутствует	Присутствует	Присутствует	Присутствует

ности выделения единых клинико-нозологических критериев. Зачастую в исследованиях можно встретить неопределенную клиническую характеристику больных («абулические», «параноидные», «инкогерентные» и т. п.)

2 В ряде случаев делают малопродуктивные попытки исследования особенностей психики при «шизофрении вообще», тогда как клиническая практика показала, что от формы течения заболевания во многом зависит структура дефекта. К сожалению это наблюдается и в некоторых отечественных исследованиях (А. Л. Баркалаия, 1971).

3. Возникновение и течение шизофренического процесса не носят характера точного слепка с классической клинической симптоматики, а преломляется через личность больного, которая во многом индивидуализирует конкретное проявление симптомов заболевания, на изучение которых должен быть ориентирован исследователь, работающий с методом Роршаха.

Вышеизложенное подтверждает мысль о том, что метод Роршаха не может претендовать на нозологическую диагностику, так как многие из описанных признаков встречаются и при других заболеваниях.

Обследованные нами 134 больных шизофренией страдали галлюцинаторно-параноидной формой заболевания с приступообразно-прогредиентным типом течения. Основная группа больных шизофренией состояла из 50 человек с давностью заболевания от 4 до 15 лет (группа 1). Почти все эти больные при первых поступлениях обследовались и лечились в психиатрической клинике Киевского медицинского института, где им был поставлен диагноз шизофрении. В дальнейшем он подтвердился при наблюдении этих больных в отделении для реадаптации, где и проводилось настоящее исследование

В основной группе было обследовано 28 лиц мужского и 22 женского пола Высшее и неоконченное высшее образование имели 8 человек, среднее специальное, среднее и неоконченное среднее — 42 человека. По возрасту больные распределялись следующим образом·

Возраст, лет	16—20	21—25	26—30	31—35	36—40	свыше 40
Количество	2	7	5	12	14	10

Больных обследовали вне состояния обострения, после купирования рецидива шизофрении, инсулино-коматозной терапией и нейролептическими препаратами, в период их подготовки к выписке и включению в трудовую деятельность. Таким образом, продуктивные симптомы были выражены минимально На первый план выступали симптомы характерного для шизофрении психического

дефекта с чертами эмоционального снижения различной степени выраженности (от «неопределенного» типа аффекта до эмоционального отупения).

Клинически и в патопсихологическом эксперименте определялись присущие шизофрении признаки патологического мышления — расплывчатость и разноплановость суждений, «соскальзывание», резонерство У 25 больных процессуальная симптоматика в периоды обострения была столь незначительна, а психический дефект достигал такой выраженности, что это позволило определить их состояние как исходное

У остальных 25 больных во время обострений обнаруживали отчетливую процессуальную симптоматику. В процессе лечения у них удалось добиться удовлетворительной ремиссии (В и С, по М. Я. Серейскому). В связи с этим состояние данных больных характеризовалось как дефектное.

Кроме основной группы для установления динамики показателей, характеризующих перцептивную деятельность в течение шизофренического процесса, были обследованы еще две группы больных.

У 46 больных наблюдалась начальная стадия шизофрении (группа 2). В эту группу включены больные с давностью заболевания до года. Для этих больных характерно небольшое количество поступлений, однако у них отмечались нерезко выраженные изменения аффективно-личностной сферы (неопределенный тип аффекта, явления аутистического отношения к окружающей среде), слуховые галлюцинации и бредовые идеи воздействия, отношения, преследования При патопсихологическом обследовании (данные В. М Блейхера) отмечены недостаточное выделение эмоционального подтекста в рисунках типа ТАТ, явления «соскальзывания», актуализация «слабых» признаков. В процессе лечения у всех больных этой группы были ремиссии типа В В эту группу входили 24 мужчины и 22 женщины; высшее и неоконченное высшее образование имели 10 человек, среднее и среднеспециальное — 36 человек. По возрасту больные распределялись следующим образом:

Возраст, лет	18—22	23—27	28—32	33—37
Количество	26	12	4	4

У 38 больных состояние можно было охарактеризовать как дефектное при давности заболевания 2—4 года

(3 группа). Однако выраженность дефектного состояния у этих больных не достигала той степени, что у больных 1 группы, большинство из которых находилось или приближалась к исходному состоянию шизофрении. Во время ремиссий большинство из них сохраняло остаточную трудоспособность. Эта группа состояла из 22 мужчин и 16 женщин, высшее и неоконченное высшее образование имели 16, а среднее и среднее специальное — 22 человека. По возрасту больные распределялись так:

Возраст, лет	19—22	23—27	28 - 32	33 - 37	38—42
Количество	14	2	10	8	4

Данные по исследованию больных галлюцинаторно-параноидной формой шизофрении с выраженным дефектом (основные показатели) представлены в таблице 4 и сопоставлены с результатами, полученными при обследовании здоровых лиц[1]. Статистическая достоверность различий определялась при помощи критерия Стьюдента.

Таблица 4

Сравнение основных показателей больных шизофренией и здоровых лиц

Показатель Роршаха	Среднее значение		Достоверность	
	здоровые	шизофрения	t	p
R	16,82	10,68	5,745	<0,01
W (DW, SW)	7,84	6,16	3,569	<0,01
D	8,5	4,22	4,185	<0,01
Dd	0,1	0,04	0,861	<0,4
Do	0,14	0,12	0,243	<0,9
F+	7,6	2,82	8,866	<0,01
M	2,58	0,34	6,518	<0,01
FC	0,74	0,12	3,771	<0,01
CF	1,04	0,66	1,726	<0,1
C	0,06	0,14	1,130	<0,2

[1] Контрольная группа в наших исследованиях состояла из 50 здоровых лиц в возрасте от 18 до 30 лет, студентов младших курсов университета Из них мужчин — 30, женщин — 20

Анализируя таблицу, можно отметить общее снижение продуктивности (R). Различия в количестве целостных интерпретаций больных шизофренией и здоровых статистически достоверны (больше у здоровых). Наряду с этим наблюдаются существенные различия в количестве интерпретаций деталей (также больше у здоровых). Учитывая, что общее количество ответов у больных шизофренией значимо меньше, чем у здоровых, мы представили эти показатели в процентах от числа ответов. В таком случае получается, что процент W-интерпретаций у больных шизофренией выше (соответственно — 56 и 44%), а интерпретаций деталей ниже (38 и 50%). Больным галлюцинаторно-параноидной формой шизофрении при выраженном дефекте наиболее присущ обобщающий подход к интерпретации слабоструктурного материала, что будто бы не отличает их от здоровых людей Однако это не соответствует действительности и подтверждается анализом детерминант

Прежде всего то, что относится к особенностям формообразования больных шизофренией, или «четкости перцепции». В этой группе отчетливо снижен F+%. Поэтому у больных наибольшее количество целостных интерпретаций сочетается с неадекватным учетом формы изображения (W—). Это самое существенное, что отличает ответы такого типа больных шизофренией от ответов здоровых Для больных характерно создание неадекватного целостного образа, своего рода «необычное обобщение». В ряде случаев они выделяют деталь, а затем на ее основе дают обобщающее толкование без какого-либо учета формы (DW—, DdW—).

Исходя из принципа единства познавательных процессов, мы можем указать на коррелят этого расстройства в мышлении. Б. В. Зейгарник (1962) обозначает этот вид патологии как «искажение процесса обобщения» и отмечает, что у больных шизофренией, главным образом с галлюцинаторно-параноидной формой течения, «отлет» от конкретных связей выражен в чрезвычайно утрированной форме.

В нашем эксперименте наблюдается снижение количества популярных интерпретаций у больных шизофренией (табл 5), что также отмечается в виде «нестандартности» актуализируемых свойств и признаков при исследовании мышления (Ю Ф Поляков, 1962; Т К. Мелешко, 1966).

Таблица 5

Популярные интерпретации у больных шизофренией

№ табл	Локализация	Интерпретация	Частота появления, %	
			здоровые	больные
I	W	«летучая мышь» «бабочка»	30 36	16 4
II	D	«звери» «люди»	22 40	22 10
III	W	«люди»	70	26
V	W	«летучая мышь» «бабочка»	68 28	56 8
VII	D	«голова» «люди» «животные»	22 34 40	4 8 10
VIII	D	«звери»	84	44
X	D	«крабы» или «пауки»	42	10

В ряде исследований выдвинута гипотеза, согласно которой нарушение познавательных процессов у больных шизофренией связано с нарушением избирательности привлекаемых из прошлого опыта сведений (Ю. Ф. Поляков, 1962, 1969, 1972). С помощью этой гипотезы можно объяснить полученные нами результаты о необычности обобщения и снижения «стандартности» интерпретаций больных шизофренией.

Этот эффект можно легко обнаружить, поскольку материал метода Роршаха слабоструктурный, неопределенный и его толкование порождает необходимость сопоставления стимула с наличными в опыте энграммами. Тенденция к своеобразному, причудливому обобщению объясняется тем, что признаки, актуализируемые больными, являются латентными или «слабыми», маловероятными для здоровых В соответствии с этим уменьшается и стандартность интерпретаций.

Таким образом, можно сделать вывод, что «W—»—тип восприятия, характерный для больных шизофренией отражает специфические нарушения, связанные с привлече-

нием знаний больными шизофренией на основе их прошлого опыта

Кинестетические интерпретации в протоколах и интерпретации, связанные с «движением животных» (FM сравнительно со здоровыми: $t=5{,}566$, $p<0{,}01$) у больных шизофренией с выраженным дефектом фактически отсутствуют. Все это свидетельствует о том, что творческая, интеллектуальная продуктивность страдает в значительной степени Однако следует отметить, что в этом случае своеобразие интеллектуального дефекта связано с тем, что он разворачивается на фоне нарушений механизма привлечения данных из прошлого опыта (высокий W—%, резкое снижение уровня формы при почти полном отсутствии кинестетических интерпретаций)

Цветовые интерпретации, отражающие аффективную сферу, для больных шизофренией менее характерны, чем для здоровых. Полученные результаты позволяют сделать вывод о выраженных эмоциональных нарушениях, которые в большинстве случаев определяются как аффективная тупость больных шизофренией. Реже (28% случаев) в структуре дефекта преобладают аффективные, неуправляемые реакции.

Интерпретация изображений больными шизофренией как бы сковывается только формой этих изображений (при преобладающем значении латентных признаков), не выходит за эти границы и не наполняется внутренним содержанием. Полученные нами результаты сопоставимы с некоторыми особенностями рисунка больных шизофренией. (Ruesch J. и Finesinger, 1941; Э. А. Вачнадзе, 1972). Рисунок отличается своеобразной статичностью, и чем дольше длится заболевание, тем реже в рисунке появляется движение. Цвет не имеет существенного значения в изобразительной деятельности и оставляет больного равнодушным.

Аффективно-интеллектуальная выхолощенность больных с выраженным дефектом, а в связи с этим утрата направленности на объективное содержание задания, приводит в ряде случаев к появлению персеверирующего образа, характеризующегося преобладанием случайных ассоциаций Так появляются W-ответы типа «собачье мясо», «жареная рыба»

Вот некоторые, типичные для 1 группы больных шизофренией, протоколы обследования.

Больной С 1944 г рождения Диагноз галлюцинаторно-параноидная шизофрения Болен с 1966 г, многократно поступал в стационар Протокол исследования от 9 X 1969 г

		Таблица I	
0[1]	1	Лист клена	WF — Pl
		Таблица II	
Бок дет. без красн	2	Что-то из анатомии, скелет человека	DF — Anat
Верх центр выступ	3	Что-то, напоминающее коренной зуб	DF — Anat
		Таблица III	
0	4	Что-то из анатомии, что-то связанное со скелетом человека	WF — Anat
		Таблица IV	
0	5	Это анатомический скелет человека	WF — Anat
		Таблица V	
0	6	Это летучая мышь, это похоже на летучую мышь	WF + A Pop
		Таблица VI	
0	7	Из анатомического рисунка	WF — Anat
		Таблица VII	
0	8	Тоже из анатомического рисунка	WF — Anat
		Таблица VIII	
0	9	Анатомический рисунок какого-то животного	WF — Anat
		Таблица IX	
0	10	Анатомический рисунок лягушки	WF — Anat
		Таблица X	
0	11	Это рисунок лягушки, различных ее органов, что ли	WF — Anat

Психограмма[2]

R = 11	M = 0	F = 11 (100%)	H = 0	Anat = 9
W = 9 (+1)	FC = 0	F+ = 1 (9,1%)	Hd = 0	
D = 2	CF = 0		A = 1	
W = 81,8%	C = 0		Ad = 0	
D = 18,2%	M . C = 0 . 0		Pl = 1	

---

[1] Условное обозначение, показывающее, что изображение интерпретировано в целом

[2] Здесь и дальше приводятся сокращенные психограммы

Настоящий протокол подтверждает характерный для больных шизофренией высокий процент W-ответов, сочетающийся со снижением «четкости перцепции», полным отсутствием кинестетических и цветовых энграмм, персеверацией. В интерпретациях отсутствуют образы людей, животных (Anat).

Больная М 1928 г рождения, высшее образование Диагноз галлюцинаторно-параноидная шизофрения Больна с 1954 г, многократно поступала в стационар Протокол исследования от 28 VII 1972 г

	Таблица I	
0	1 Какая-то птица	WF + A
	Таблица II	
0	2 Два медведя	WF + A
	Таблица III	
0	3 Две утки	WF — A
	Таблица IV	
0	4 Голова слона	WF — Ad
	Таблица V	
0	5 Летучая мышь	WF + A Pop
	Таблица VI	
0	6 Верблюд	WF — A
	Таблица VII	
0	7 Два зайца	WF + A
	Таблица VIII	
Центр верхн. деталь	8 Ребро человеческое	DF + Anat
	Таблица IX	
Центр треть изображения	9 Таз мужской или женский	DF — Anat
	Таблица X	
Розов центр. детали	10 Легкие	DF — Anat
Верхн серые детали	11 Гортань и все вокруг гортани	DF — Anat

Психограмма

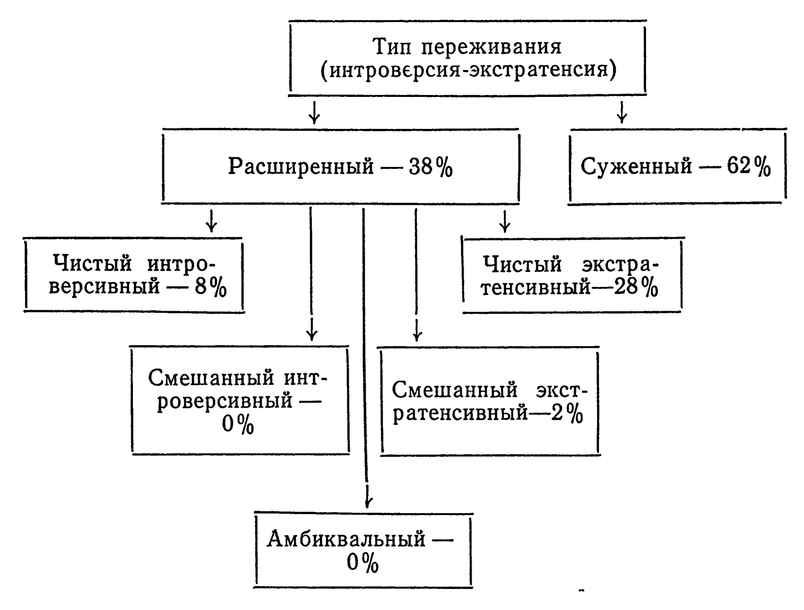
R = 11	M = 0	F = 11 (100%)	H = 0
W = 7 (+4)	FC = 0	F+ =5 (45,5%)	Hd = 0
D = 4	CF = 0		A = 6
W = 63,6%	C = 0		Ad = 1
D = 36,3%	M C = 0 : 0		Anat = 4

В данном случае, как и в предыдущем, наблюдается большой процент целостных интерпретаций и снижено количество положительных форм. Больная не усматривает в представленных изображениях ни движения, ни цвета Отчетливо выступает персеверация, бедность содержания, отсутствуют интерпретации с «человеческим» содержанием.

Изучение типов переживания при шизофрении показало, что большинство больных относится к суженному типу (62%), а меньшинство к расширенному (38%). Интроверсивные тенденции обнаружены только у 8% обследованных (табл. 6).

Таблица 6

Типы переживания при шизофрении (выраженный дефект)



Полученные данные позволяют заключить, что шизофренический дефект, при котором преобладает потеря инициативы, активности и происходит редукция эмоционально-интеллектуальных ресурсов личности, соответствует в основном суженному типу личности по методу Роршаха (для рассматриваемой формы течения заболевания). Это положение не противоречит клиническим представлениям об изменениях личности при шизофрении

Так, по данным Б Д. Лыскова (1973), основу «синдрома снижения уровня личности» по шизофреническому типу составляют явления угасания психической деятельности.

Содержательный анализ выявил у больных шизофренией наименьшее, по сравнению со здоровыми, количество интерпретаций H и Hd, A и Ad (здоровые: H+Hd%=20,3, A+Ad%=53,7, больные. соответственно 10,3 и 44,9%) Эти результаты, наряду со снижением количества популярных интерпретаций, большим количеством W-ответов, а также заметным повышением интерпретаций «растительного» содержания (здоровые — 4,8, больные — 11,05%), очевидно отражают аутичность больных шизофренией. Наблюдается также резкое повышение количества ответов с анатомическим содержанием (здоровые — 4,8, больные — 15,0%). Нередки случаи, когда весь протокол больного состоит только из этой разновидности интерпретаций, что можно объяснить возникновением у больных затруднений при создании образа.

Затруднения больных шизофренией при создании образа подтверждаются и другими факторами, обнаруженными экспериментально (называние цвета — 28% больных; наличие формальных ответов — 20% больных; отказ от интерпретации — 18% больных). Помимо этого были обнаружены и другие, менее распространенные особенности: указание на симметричность изображения — 8% больных; отнесение интерпретации к себе — 8%; абсурдные интерпретации — 6%; неологизмы — 2%; приписывание изображению геометрического или числового значения — 2% больных.

На втором этапе нашего исследования мы изучали динамику шизофренического процесса по данным метода Роршаха. Результаты обследования представлены в таблицах 7, 8, 9 (основные показатели)

Как видно из таблицы 7, больные в начальной стадии шизофренического процесса (галлюцинаторно-параноидная форма) существенно отличаются от больных основной группы, что обусловлено степенью выраженности психического дефекта.

На фоне значительного увеличения общей продуктивности у больных в начальной стадии шизофрении возрастает количество интерпретаций, связанных с выбором какой-либо детали для формирования образа Толкования

Таблица 7

Результаты обследования больных шизофренией в начальной стадии заболевания по отношению к больным с выраженным дефектом

Показатель Роршаха	Среднее значение		Достоверность	
	группа 2	группа 1	t	p
R	24,5	10,68	8,408	<0,01
W (DW, SW)	4,0	6,16	3,752	<0,01
D	18,3	4,22	10,031	<0,01
Dd	1,6	0,04	5,625	<0,01
F+	7,3	2,82	7,669	<0,01
M	1,5	0,34	4,564	<0,01
FM	0,9	0,12	2,839	<0,01
FC	1,3	0,12	5,637	<0,01
CF	1,004	0,66	1 005	<0,4
C	1,0	0,14	4,866	<0,01

с учетом всего изображения не свойственны этим больным

Большинство исследователей полагает, что для больных шизофренией наиболее характерно наличие различной степени выраженности черт аутизма, утраты контакта с окружающим, определяемых, как правило, триадой признаков Роршаха:

1) низкий процент популярных интерпретаций;

2) небольшое количество ответов по деталям изображения;

3) низкий процент интерпретаций по содержанию Н и Hd

Исходя из этого, мы рассматриваем «аналитический» тип восприятия больных шизофренией в начальной стадии заболевания как фактор, свидетельствующий об отсутствии выраженных черт аутизма

Качество формы у больных в этой стадии заболевания приближается к результатам, полученным при обследовании здоровых лиц. Значительно увеличивается, по сравнению с основной группой, количество кинестетических интерпретаций (причем FM<M), показывающее, что отчетливо обозначенных нарушений интеллектуальной активности еще не происходит.

Развивающийся дефект наиболее ярко проявляется при анализе аффективной сферы. Значительное количество

интерпретаций «форма-цвет» у больных этой группы сочетается с очень высоким удельным весом ответов «чистого цвета». Эти больные могут быть описаны как эмоционально напряженные, что соответствует клиническим представлениям о нарушениях аффективности в раннем периоде шизофрении.

У больных с начальными проявлениями шизофрении можно отметить возрастание «светотеневых» ответов, что свидетельствует о страхах, тревоге (специального анализа этих ответов мы не проводили)

Ниже приводим типичные протоколы обследования больных в начальной стадии заболевания

Больной З 1955 г рождения, первое поступление Диагноз· галлюцинаторно-параноидная шизофрения Болен с июля 1973 г Протокол обследования от 14 III 1974 г

Таблица I

0	1	Герб Российской империи Изображение симметричное или эмблема какого-го государства	WF + Orn Указание на симметрию

Таблица II

Нижн красн деталь	2	Солнечные лучи	DCF Ls
Боков деталь	3	Тучи	DFc ± Lss
Верхн средний выступ	4	Летящий самолет	DF—Obj
		Красные сгустки, что это — сказать не могу (указывает на верхние красные детали)	Красный шок

Таблица III

0	5	Два человека какой-то котел тянут или перемещают	WM + H Pop
		Эти красные пятна как объяснить, не знаю	Красный шок

Таблица IV

0	6	Эго сказочный Черномор из «Руслана и Людмилы»	WF + Mif Orig

Таблица V

0	7	Летающая белка	WFM + A

Таблица VI

Половина изобр, без верхн деталей	8	Некий двуличный человек два, повернутые в разные стороны, лица	DF + H

Таблица VII

0	9	Два зайца, сидящих на камнях и смотрящих друг на друга	WFM + A

Таблица VIII

Боков розов деталь	10	Лев, карабкающийся по горным уступам	DFM + APop
Половина нижн розов детали	11	Это — освещенная солнцем сторона	DC Ls
Половина средней детали	12	Поросшее зеленью место	DC Ls
Верхн деталь	13	Серые скалы	DFc ± Ls

Таблица IX

Верхн отростки	14	Дерево с сучьями	DF — Pl
Зелен деталь	15	Голова медведя	DF + Ad

Таблица X

0	16	Картина морского дна	WCF Ls
Боков голубая деталь	17	Краб	DF + A Pop
Боков желто-корич деталь	18	Рыбки	DF + A
Коричн деталь	19	Скорпионы	DF + A
Центр розовая деталь	20	Образования дна	DF — Ls

Психограмма

R = 20	M = 1	Fc = 2	F = 10 (50%)	H = 2
W = 6 (+5)	FM = 3		F+ = 7 (70%)	Hd = 0
D = 14	FC = 0			A = 6
W = 30%	CF = 2			Ad = 1
D = 70%	C = 2			Ls = 7
	M : C = 1 · 5			Mif = 1
				Obj = 1
				Orn = 1
				Pl = 1

В представленном протоколе из 20 ответов большая часть относится к детальным (70%). Высок показатель «четкости перцепции». Оценка цветовых интерпретаций свидетельствует об эмоциональной напряженности, импульсивности при слабом контроле интеллекта.

Больной Л 1948 г рождения, первое поступление Диагноз галлюцинаторно-параноидная форма шизофрении Болен с мая 1973 г Протокол обследования от 25 III 1974 г

Таблица I

Центр. деталь	1	На жука какого-то	DF + A
	2	На пятно грязи остальное	Dc′ Пятно

Таблица II

Боков деталь	3	Это, как кора дерева	DFc ± Pl
Верхн детали	4	Кляксы какие-то красные	DCF Кляксы

Таблица III

0 (перевернута)	5	На человека с поднятыми руками	WM + H
Центр деталь	6	Это, как бантик, вроде	DF + Obj
Верхн боков деталь	7	Это пятна крови	DCF Кровь Красный шок

Таблица IV

0	8	Что-то сказочное какое-то животное	WF — A

Таблица V

0	9	Это на бабочку похоже	WF + A Pop

Таблица VI

0	10	Шкура с какого-то зверька	WF + Ad Pop

Таблица VII

0	11	Два зайчика, игрушки такие сделаны	WF + Obj

Таблица VIII

Боков деталь	12	Два зверя похоже	DF + A Pop
Нижн. розовая деталь	13	Это, как кофточка	DFC — Obj
Средн. деталь	14	Это, как белье висит	DF — Obj
Верхн. деталь	15	Это дерево все равно как	DFC + Pl

Таблица IX

Низ половина детали	16	Это, как очертание человека с усами	DF + H
Половина средн. детали	17	Это, как дерево на берегу	DCF Pl
Центр	18	Это вроде как озеро	DF ± Ls

Таблица X

Боков голубь деталь	19	Это жук какой-то, паук	DF + A Pop
Центр	20	Это на маску похоже	DF + Маска

Психограмма

R = 20	M = 1	F = 11 (55%)	Fc = 1	H = 2
W = 5 (+4)	FC = 2	F+ = 9 (81,8%)	c′ = 1	Hd = 0
D = 15	CF = 3	F± = 1 (9,09%)		A = 5
W = 25%	C = 0			Ad = 1
D = 75%	M . C = 1 4			Ls = 1
				Obj = 4
				Pl = 3
				Маска = 1
				Пятно = 1
				Клякса = 1
				Кровь = 1

Как и в предыдущем случае, больной в основном толкует детали. Достаточно высок уровень формы. Проявляется характерное для таких больных резкое (внезапное) снижение учета формы изображения при последующей интерпретации той же таблицы. При одной кинестетической интерпретации «сумма цвета» равна 4.

В группе больных шизофренией с давностью заболевания 2—4 года (следует отметить, что выбор подобного промежуточного этапа при развитии шизофренического процесса условен) по сравнению с больными в начальной стадии заболевания (табл. 8) можно наблюдать, как развитие процесса влияет на структуру изучаемых компонентов восприятия.

Снижение продуктивности приводит к уменьшению количества интерпретаций деталей изображений, что можно объяснить нарастающей аутичностью больных. С развитием заболевания снижается качество реагирования на форму, уменьшается количество кинестетических интерпретаций, что соответствует постепенному затуханию внутренней жизни больного и снижению творческой активности.

Цветовые показатели, характеризующие аффективную сферу по отношению к больным в начальной стадии заболевания, изменяются незначительно, очевидно, можно думать лишь о наметившейся на данном этапе заболевания тенденции к «затуханию аффекта». Далее приведены образцы протоколов обследования больных в группе с давностью заболевания 2—4 года.

Таблица 8

Результаты обследования больных шизофренией с давностью заболевания 2—4 года по отношению к больным в начальной стадии заболевания

Показатель Роршаха	Среднее значение		Достоверность	
	группа 2	группа 3	t	p
R	24,5	15,8	3,302	<0,01
W (DW, SW)	4,0	4,9	1,376	<0,2
D	18,3	10,0	3,960	<0,01
Dd	1,6	0,3	2,872	<0,01
F+	7,3	5,1	2,514	<0,02
M	1,5	0,6	2,364	<0,02
FM	0,9	0,7	0,422	<0,7
FC	1,3	0,7	1,553	<0,2
CF	1,004	1,0	0,076	>0,9
C	1,0	0,7	1,001	<0,4

Больной Т 1953 г рождения Диагноз· галлюцинаторно-параноидная шизофрения Болен с 1970 г, четыре поступления в стационар. Протокол обследования от 21 III 1974 г.

Таблица I

0	1 Это взорвалась атомная бомба	SWF — взрыв

Таблица II

Центр пространство	2 Это больное горло	SF — Anat
Нижн. красн деталь	3 Это его заражение	DC Anat

Таблица III

Белое пространство под «бабочкой»	4 Это будет у нас море	SF ± Ls
Белое пространство над «бабочкой»	5 Это капля	SF — Obj
Цент. красн. деталь, «бабочка»	6 Это красное похоже на бабочку, красная бабочка	DFC + A

Таблица IV

0	7. Это тоже будет бабочка	WF + A

Таблица V

0	8. Это летучая мышь	WF + A Pop

Таблица VI

0	9	Это верно: ворона	WF — A

Таблица VII

Центр. белое пространство	10.	Это небо	SF ± Ls
0	11.	А это тучи по нему плывут	DWFc ± Ls

Таблица VIII

Боков. деталь	12.	Это медведи	DF + A Pop
Без боков. детали	13.	Это земной шар (при уточнении — глобус)	DCF Геогр

Таблица IX

0	14.	Головной мозг это	WCF Anat

Таблица X

0	15	Это море или прозрачное небо	WCF Lαs
Средн. боков. деталь	16	Цветы желтые	DCF Pl
Средн. розов. деталь	17.	Цветы красные	DCF Pl
«Пауки»	18	Голубые цветы	DFC + Pl

Психограмма

R = 18	M = 0	F = 9 (50%)	Fc = 1	H = 0
W = 7 (+2)	FC = 2	F + = 3 (33,3%)		Hd = 0
D = 7	CF = 5	F ± = 2		A = 5
S = 4	C = 1			Ad = 0
W = 38,8%	M : C = 0 : 7,5			Anat = 3
D = 38,8%				Ls = 4
S = 22,2%				Pl = 3
				Obj = 1
				Геогр. = 1
				Взрыв = 1

Результаты обследования показывают отчетливое снижение F+%. Количество интерпретаций деталей уравнивается с числом W. Обращает на себя внимание полное отсутствие ответов, связанных по содержанию с фигурой человека, ее деталями (H, Hd), уменьшение разнообразия содержания. Тип переживания выраженно экстратенсивный.

Больная Б. 1953 г. рождения. Диагноз: галлюцинаторно-параноидная шизофрения. Больна с 1971 г., второе поступление в стационар. Протокол обследования от 21.IV. 1974 г.

Таблица I

0	1.	На летучую мышь	WF + A Pop
Средн. деталь	2.	На лягушку	DF — A

Таблица II

0	3. На какое-то животное похоже	WF — A
Верхн. средн. выступ	4. На клещи похоже	DF — Obj

Таблица III

0	5. На животное похоже	WF — A

Таблица IV

0	6. И это на животное похоже	WF — A

Таблица V

0	7. И это на животное... летучая мышь	WF + A Pop

Таблица VI

0	8. Какое-то животное	WF — A

Таблица VII

0	9. Это контурами похоже на лягушку	WF — A

Таблица VIII

Боков. деталь	10. Два животных	DF + A Pop
0	11. А в целом можно подумать, что это жук	WF — A

Таблица IX

	12. Здесь я вижу головы крокодилов	DF + Ad
Боков. деталь	13. Это два животных	DF + A
Зелен. деталь	14. И это какие-то животные	DF — A

Таблица X

Верхн. деталь	15. Это похоже на двух насекомых	DF — A
Средн. деталь	16. Это два насекомых	DF — A
«Пауки»	17. Два паука вроде	DF + A Pop

Психограмма

R = 17	M = 0	F = 17 (100%)	H = 0
W = 8 (+2)	FC = 0	F + = 6 (35%)	Hd = 0
D = 9	CF = 0		A = 15
W = 47,05%	C = 0		Ad = 1
D = 52,9%	M : C = 0 : 0		Obj = 1

Анализ протокола показывает так же, как и в предыдущем случае, снижение F+%, отчетливые персеверации. Как и ранее, отсутствуют ответы по содержанию H и Hd. Тип переживания суженный, отсутствуют цветовые и кинестетические энграммы.

Рассмотренные протоколы больных шизофренией с давностью заболевания 2—4 года выбраны в соответствии с двумя, наиболее представленными в этой группе, типами переживания — чистым экстратенсивным и суженным В таблице 9 отражен характер изменений перцептивной активности по мере развития шизофренического дефекта — отчетливой тенденции к нарастающему затуханию интеллектуально-аффективной сферы (снижение продуктивности, тенденция к неадекватному обобщению, снижение качества формы, эмоциональное уплощение)

Таблица 9

Результаты обследования больных шизофренией с давностью заболевания 2—4 г. по отношению к больным с выраженным дефектом

Показатель Роршаха	Среднее значение		Достоверность	
	группа 3	группа 1	t	p
R	15,8	10,68	3,790	<0,01
W (DW, SW)	4,9	6,16	1,967	<0,05
D	10,0	4,22	5,841	<0,01
Dd	0,3	0,04	3,333	<0,01
F+	5,1	2,82	3,980	<0,01
M	0,6	0,34	1,367	<0,2
FM	0,7	0,12	3,772	<0,01
FC	0,73	0,12	4,192	<0,01
CF	1,0	0,66	1,006	<0,4
C	0,67	0,14	3,591	<0,01

Довольно наглядно динамика течения шизофрении (изменение личности) отражается в типе переживания. Результаты обследования показывают, что для ранних этапов заболевания наиболее характерен расширенный тип переживания с наибольшим присутствием чистого экстратенсивного (табл 10)

По мере развития заболевания тип переживания сдвигается к суженному (табл. 11).

Таким образом, все более доминирует суженный тип, наиболее представленный у больных основной группы (выраженный дефект), а по мере развития процесса про-

Таблица 10

Типы переживания на ранних этапах развития шизофрении

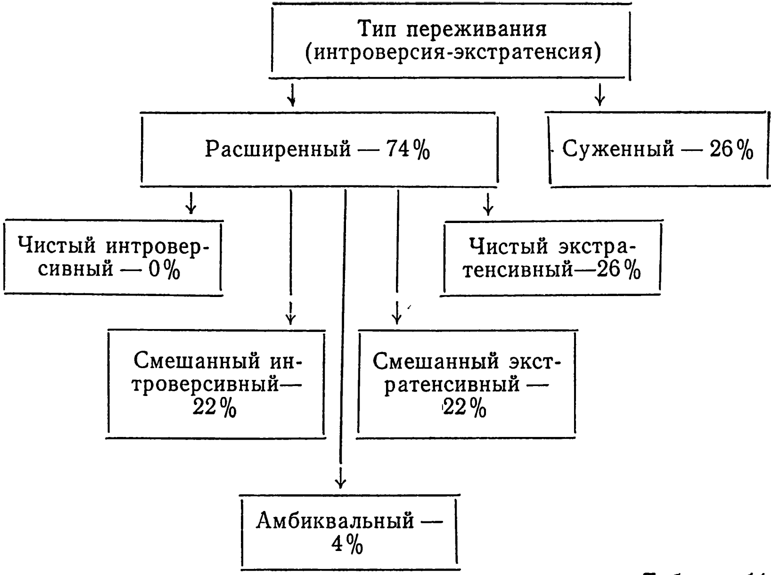
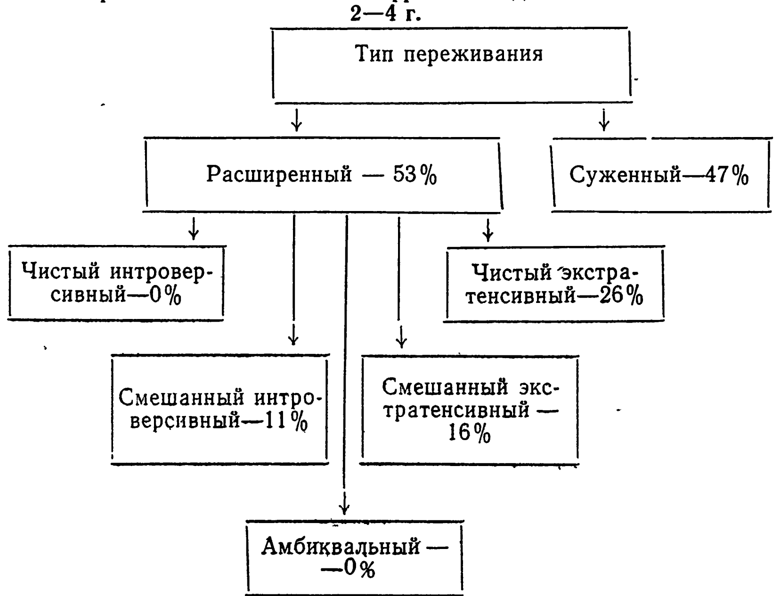


Таблица 11

Типы переживания больных шизофренией с давностью заболевания 2—4 г.



исходит уменьшение количества ответов типа H и Hd, что наряду с повышением W и снижением количества популярных ответов можно трактовать в плане возрастающей аутичности больных шизофренией.

ЭПИЛЕПСИЯ

Роршах, исследовав больных эпилепсией (20 чел.), отмечает ряд свойственных этому заболеванию признаков, среди которых выделяет: увеличение среднего числа ответов и времени ответа; преимущественно экстратенсивный тип переживания, сниженный F+%, причем F+% обратно пропорционален числу М-ответов; указания на симметрию; называние цвета; ответы «чистого цвета»; персеверации.

В настоящее время можно считать доказанным, что данные метода Роршаха при обследовании больных эпилепсией всегда отличаются от результатов, полученных при обследовании здоровых людей. Это подтверждают обследования больных эпилепсией с коэффициентом интеллекта выше среднего

В ряде работ исследуется вопрос о связи изменений личности при эпилепсии с органическими поражениями. Высказывалось предположение, что изменение личности больного эпилепсией есть следствие его реакции на заболевание. Это положение не было подтверждено экспериментально. С помощью метода Роршаха была показана возможность четкой дифференциации больных эпилепсией и неврозами (Pompilo, 1951). Наряду с этим у больных эпилепсией были обнаружены некоторые «невротические» черты Предполагают, что они обусловлены реакцией на болезнь. Так, по Ross (1941), больные эпилепсией «более невротичны», чем больные с органическими поражениями, что позволяет провести дифференциацию по данным метода Роршаха. Согласно Harrower — Erickson (1940), личность больного эпилепсией представляет собой совокупность черт органических и невротических.

Сопоставляя результаты исследования больных эпилепсией и больных с органическими поражениями головного мозга, некоторые авторы отмечали определенное сходство между ними (Stauder, 1938; Tschudin, 1944). Piotrowski (1957), исследуя больных эпилепсией (с помощью комплекса «органических» признаков), при-

шел к выводу, что шесть из этих признаков имеют диагностическую ценность. В дальнейшем Piotrowski увеличил список признаков, считая, что наличие семи из нижеперечисленных факторов чаще всего указывает на эпилепсию:

1. Среднее время ответа около 1 мин.

2 Количество кинестетических энграмм не превышает единицы.

3. В протоколе зафиксировано не менее одного называния цвета

4 F+% не превышает 70.

5. Количество популярных ответов не превышает 25%

6. Частые персеверации.

7 Детализация (педантизм формулировки).

8 Описание вместо интерпретации.

9. Указания на симметрию.

10. Комментарии по поводу степени трудности предлагаемых заданий.

11. Количество W или очень незначительное, ниже 5, или очень большое — выше 10.

12. Время образования реакции более 20 с.

13. Шоки «светотеневые».

14 Интерпретации с агрессивным содержанием.

Обоснованность этих признаков подтверждается исследованиями других авторов. Так, Delay и соавторы (1955) обнаружили семь из четырнадцати признаков у 48% обследованных ими больных эпилепсией, а у 80% — не менее пяти признаков. Таким образом, Piotrowski при описании личности больного эпилепсией по методу Роршаха вводит признаки, характерные для органического поражения головного мозга Как справедливо отмечают Delay и соавторы (1955), пока нет исследований, по которым можно было бы дать окончательный ответ.

Проблеме связи изменений личности больных с факторами наследственности посвящены исследования Wentworth-Rohr (1951), Härtel и Ederle (1943), которые сравнивают результаты обследования больных с идиопатической и симптоматической эпилепсией.

Согласно Bovet (1936), идиопатической эпилепсии присущи вязкость; конфабуляции (термин, принятый в методе Роршаха); отнесение интерпретации к себе; многочисленное выделение деталей изображения; склонность к описанию; называние цвета. По мнению автора, эти признаки не наблюдаются при симптоматической эпилеп-

сии Stauder (1938) считает, что для синдрома идиопатической эпилепсии характерны персеверативность (наиболее важный признак); педантичность; указания на симметрию; повышение А%; коартативный тип переживания. Таким образом, между наблюдениями разных авторов существуют расхождения, а единственный общий признак — педантичность, или внимание к деталям.

В этом же плане проводили исследования представители школы Kretschmer, которые считают, что эпилепсия связана с атлетической конституцией. Были получены результаты (см.: Delay и соавторы, 1955), подтверждающие конституциональную теорию

Исследования Brunn и Brunn (1950), Massignan (1953), а также Delay и соавторов (1955) позволили выдвинуть гипотезу о двух наиболее характерных типах изменения личности при эпилепсии. Несмотря на то что в этих работах не были получены идентичные результаты, существует большое сходство между выделенными типами. Первый тип «расширенный», социально плохо адаптированный, второй — с тенденцией к коартативности, социально более адаптированный.

Согласно Brunn и Brunn, оба типа изменений личности наблюдаются как при симптоматической, так и при идиопатической эпилепсии. В противовес этому Delay и соавторы полагают, что большинство признаков, по которым различаются типы, может быть обусловлено наследственным фактором и, следовательно, распределение по двум типам изменения личности связано с различной этиологией заболевания. Согласно экспериментальным данным Delay и соавторов, больные первого типа страдали в основном симптоматической эпилепсией, в особенности височной, а больные второго типа — главным образом генуинной.

Zimmerman (1951), Harrower-Erickson (1940) и некоторые другие исследователи отрицают влияние этиологии. Однако ряд авторов находят при височной эпилепсии специфические изменения и считают, что при психомоторных припадках изменения личности более выражены, чем при идиотической эпилепсии, когда наблюдаются только невропатические признаки. Это противоречит данным Zimmerman, который обнаружил явные изменения личности при идиопатической эпилепсии.

Влияние деменции на изменение личности больных эпилепсией рассматривается во многих работах, в том

числе и Stauder (1938) Большинство исследователей согласно с тем, что по мере развития деменции отмечается: уменьшение процента положительных форм; уменьшение количества интерпретаций с локализацией W+; уменьшение количества оригинальных интерпретаций. При изучении других показателей метода получены довольно противоречивые результаты. Delay и соавторы (1955), указывая на противоречивые результаты, считают, что это, очевидно, обусловлено стремлением некоторых исследователей показать уникальность личности больного эпилепсией с деменцией.

Из краткого разбора основных направлений исследований больных эпилепсией методом Роршаха за рубежом можно сделать вывод, что изменения личности при данном заболевании представляют собой единство нескольких факторов: органического, имеющего, очевидно, основное значение; неврозоподобного, вероятно обусловленного реакцией больного на болезнь; конституционального (наследственного).

Есть основание предполагать существование двух типов изменения личности, зависящих, очевидно, как от преморбидных особенностей, так и от клинической формы течения болезни, ее этиологических факторов и интенсивности органического поражения.

В последнее время в клинических исследованиях отмечена зависимость картины болезни от стороны поражения головного мозга.

Использование метода Роршаха для изучения связи изменений личности при эпилепсии с латерализацией эпилептогенного очага (И. И Белая, 1978; И. И. Белая, В. А. Торба, 1978) позволило установить, что больным с преобладанием левостороннего поражения более свойственны психостеноподобные черты, выраженная ригидность психических процессов, эмоциональная скудость с торпидностью аффектов При преимущественном поражении правого полушария чаще обнаруживаются истериоморфные черты, менее выраженная ригидность психических процессов, эмоциональная лабильность с внушаемостью и импульсивностью.

Нами были обследованы 50 больных истинной эпилепсией. У них наблюдались большие судорожные припадки и их эквиваленты (дисфории, эпизоды сумеречных расстройств сознания, возникающее вне связи с припадком).

У некоторых больных (7 человек) большие судорожные припадки сочетались с малыми.

В число изучаемых нами больных не включались те, у которых проявления заболевания в какой-то мере могли быть связаны с травмой головного мозга или нейроинфекцией. Это обстоятельство, а также наличие признаков характерного психического дефекта позволило нам классифицировать заболевание как «истинную» эпилепсию Ни одному из обследованных больных не было оснований поставить диагноз симптоматической эпилепсии, эпилептических или эпилептиформных реакций При клиническом наблюдении у всех больных были обнаружены присущие истинной эпилепсии интеллектуальные, мнестические нарушения и изменения личности.

Среди обследованных было 32 мужчины и 18 женщин, высшее и неоконченное высшее образование имели 6 человек, среднее специальное, среднее и неоконченное среднее — 44 человека По возрасту больные распределялись следующим образом·

Возраст, лет	16—20	21—25	26—30	31—35	36—40	свыше 40
Количество	7	7	4	9	12	11

По степени выраженности психического дефекта обследованных нами больных можно разделить на две группы. Первая группа — 37 больных с нерезко выраженным психическим дефектом, у которых отмечено умеренно выраженное замедление психической деятельности, незначительное снижение памяти, уровня общения и отвлечения Олигофазия в межприпадочных состояниях при обычной беседе у них не обнаруживалась, а выявлялась в специальном психологическом эксперименте, главным образом при воздействии неконкретных речевых раздражителей (данные В. М. Блейхера).

Больные этой группы либо сохранили трудоспособность, либо были признаны инвалидами третьей группы.

Вторая группа — 13 больных с выраженным снижением памяти (торпидной кривой запоминания), с обнаруживаемыми клинически и в патопсихологическом эксперименте явлениями «вязкости» мышления и значительно выраженной общей прогрессирующей олигофазии.

Специфика эпилептического слабоумия у больных этой группы в значительной степени определялась изменениями личности — наклонностью к дисфориям, также

обнаруживаемыми в эксперименте изменениями уровня притязания. Эти больные являлись инвалидами первой и второй группы.

При клиническом наблюдении у больных эпилепсией мы отметили достигающие различной степени выраженности два варианта дефекта личности: 1) эксплозивный, характеризующийся наклонностью к дисфорическим состояниям, протекающим по типу взрывчатости, с тенденцией к «застреванию» отрицательного аффекта; 2) абулический, для которого характерно угасание психической активности, бездеятельность.

Анализ динамики заболевания у обследованных больных эпилепсией свидетельствует о прогредиентном типе течения патологического процесса, приводящем в конце концов к глубокому эпилептическому слабоумию с наличием вязкости, эгоцентрической направленности мышления и аффективности, выраженному снижению уровня обобщения и отвлечения. Об этом свидетельствует сопоставление материалов историй болезней последовательных поступлений больных в стационар

Полученные нами результаты представлены в таблице 12 (по основным показателям). Для сравнения приведены данные контрольной группы.

Таблица 12

Сравнение основных показателей больных эпилепсией и здоровых

Показатель Роршаха	Среднее значение		Достоверчость	
	здоровые	больные	t	p
R	16,82	19,24	1,565	<0,2
W (DW, SW)	7,84	3,02	10,913	<0,01
D	8 5	12,84	3,473	<0.01
Dd	0,1	1,86	2,776	<0,01
Do	0,14	1,14	3,448	<0.01
F+	7,6	3,56	7,417	<0 01
M	2,58	0,7	5.185	<0,01
FC	0,74	0,62	0,580	<0,5
CF	1,04	0.7	1,469	<0 2
C	0,06	0,6	4,074	<0,01

Из таблицы видно, что различия являются статистически достоверными не для всех изучаемых показателей.

У больных эпилепсией, по сравнению со здоровыми, можно наблюдать выраженное уменьшение количества интерпретаций, связанных с учетом всего представленного изображения (W). При этом различия в возрастании общего количества ответов хотя и отмечаются, но не характеризуются как достоверные ($p<0,2$).

Больные для формирования образа чаще всего избирают какую-либо деталь изображения. Такой способ подхода сочетается во многих случаях с тенденцией «застревания» на деталях, невозможностью обобщения. Переход от интерпретации одной детали к другой иногда приобретает характер попытки исчерпать содержание. Наиболее ярко подобный «детализирующий» способ восприятия выражается в появлении ответов, в которых для формирования образа избирают мелкие детали (Dd). Такие больные, иногда после длительного изучения изображения, уже с первой таблицы дают ответы по мельчайшим деталям, выделение которых не характерно для здоровых Наиболее часто такие интерпретации относятся к различным частям тела человека или животного (сочетание с персеверацией) Так, больная Е , в протоколе которой насчитывается 30 таких ответов, перечисляет: «хвост», «нос», «рот», «глазик» и т д

На основании этих данных можно считать, что для больных эпилепсией наиболее характерен, при известной выраженности дефекта, детализирующий тип восприятия В организации перцептивной деятельности отчетливо выступают затруднения при интеграции признаков (в пределах определенных индивидуальных различий). Настоящая особенность восприятия этой группы больных есть не что иное, как проявление характерных черт эпилептической психики в процессе интерпретации слабоструктурного материала.

Неразрывное единство познавательных процессов позволяет указать на аналог этого расстройства в сфере мышления. Б. В. Зейгарник (1962), изучая патологию мыслительной деятельности, отмечает, что сопоставление результатов, полученных с помощью различных методов, обнаружило у больных эпилепсией нарушение процесса обобщения. Это нарушение выступает как невозможность отвлечения от совокупности конкретных свойств и признаков предметов — снижение уровня обобщения.

В дальнейшем, характеризуя нарушения логического хода мышления, Б. В Зейгарник указывает, что «вяз-

кость» мышления в результате приводит к снижению уровня обобщения. Действительно, больные, обнаружившие (клинически) инертность связей прежнего опыта, дают наибольший процент ответов по деталям и почти не интерпретируют изображение полностью. Наряду с этим значительно возрастает латентный период, необходимый для формирования образа

У некоторых больных по мере развития слабоумия появляются характерные ответы с отдельными «правильно узнанными» деталями того целостного образа, который формируется у здоровых (Do) Больной может последовательно, одну за другой определять детали стимула, как, например, относящиеся к человеческой фигуре· «голова», «шея», «туловище» и т. д, однако не способен объединить эти элементы ответа. Наличие подобных интерпретаций также может быть представлено как нарушение способности к синтезу тех признаков, которые рассматриваются индивидом в качестве информативных.

Дезинтеграция перцептивной деятельности больных эпилепсией отражается также в появлении и возрастании персеверативных компонентов При этом отмечается не только появление стереотипных по содержанию образов, но и (при выраженном интеллектуальном дефекте) неадекватный перенос ранее сформированного образа на последующее изображение. Примером могут служить интерпретации больного О (глубокая деменция), у которого в 15 ответах вариабельность сводилась к трем разновидностям интерпретации· «лицо», «грудь», «грудная клетка» (грубая органическая персеверация, по Bohm). В этом случае так же, как и в случае с «детализацией», можно провести параллель с соответствующими нарушениями мыслительной деятельности

Как уже отмечалось, наиболее существенным этапом при обследовании по методу Роршаха является анализ «качества» сформированного образа Здесь обращает на себя внимание отчетливое снижение F+%, соответственно снижение числа популярных, всегда оцениваемых как F+, интерпретаций. Снижение числа «здоровых перцептивных стереотипов» у больных эпилепсией показано в таблице 13

Уменьшение «стандартности» (популярных ответов), а также появление интерпретаций, не встречающихся в норме, обусловлено детализацией и нарастающим с течением заболевания слабоумием

Таблица 13

Популярные интерпретации у больных эпилепсией

№ табл	Локализация	Интерпретация	Частота появления, %	
			здоровые	больные
I	W	«летучая мышь»	30	18
		«бабочка»	36	8
II	D	«звери»	22	30
		«люди»	40	10
III	W	«люди»	70	28
V	W	«летучая мышь»	68	26
		«бабочка»	28	26
VI	W	«звериная шкура»	40	6
VII	D	«голова»	22	22
		«люди»	34	12
		«животные»	40	24
VIII	D	«звери»	84	70
X	D	«крабы» или «пауки»	42	34

Таким образом, снижение уровня обобщения и затруднения при накоплении и реализации прошлого опыта очень характерны для психической жизни больного, усиливаются по мере прогредиентности заболевания и выражаются в особенностях локализации и уровне формы

Для этой группы больных показательно незначительное количество образов, характеризуемых динамикой Вполне понятно, что при патологии отсутствие кинестетических энграмм может быть связано с интеллектуальным дефектом. Наши данные показывают, что с нарастанием слабоумия образы, характеризуемые динамичностью, исчезают Ни у одного больного с клинически установленной глубокой деменцией не наблюдаются эти интерпретации (FM ответов у больных несколько больше, чем у здоровых, но различия не достоверны, однако FM>M). Таким образом, отсутствие или небольшое количество M ответов сочетается с низким F+%, выраженной детализацией и бедностью содержания. Совокупность этих показателей отражает интеллектуальный дефект обследованных нами больных эпилепсией.

Из таблицы 12 видно, что у больных по сравнению со здоровыми были обнаружены различия только среди ответов «чистого цвета» из всех цветовых интерпретаций.

Однако при этом сопоставлении не были учтены клинические данные, характеризующие эмоциональную сферу каждого больного.

По результатам клинического наблюдения все больные были разделены на две группы: эксплозивные (16 человек) и неэксплозивные (34 человека) и достоверность рассчитана вторично для этих групп по сравнению со здоровыми. Результаты представлены в таблицах 14 и 15.

Таблица 14

Различие по ответам «цвета» эксплозивных больных от здоровых лиц

Показатель Роршаха	Среднее значение		Достоверность	
	здоровые	эксплозивные больные	t	p
FC	0,74	1,0	0,824	<0,5
CF	1,04	1,81	2,377	<0,02
C	0,06	1,44	9,813	<0,01

Таблица 15

Различие по ответам «цвета» неэксплозивных больных от здоровых лиц

Показатель Роршаха	Среднее значение		Достоверность	
	здоровые	неэксплозивны больные	t	p
FC	0,74	0,38	2,505	<0 02
CF	1,04	0,15	4,696	<0,01
C	0,06	0,12	0,997	<0,5

Как видно из таблицы 14, эксплозивные больные от здоровых достоверно отличаются по показателю CF, возрастает существенность различий и по ответам «чистого цвета», однако по-прежнему несущественны различия по FC, поскольку средние почти равны. Полученные данные свидетельствуют о том, что наибольший удельный вес интерпретаций, связанных с учетом цвета при слабом контроле со стороны интеллекта (CF) и при полном отсутствии контроля (C), характерен для эксплозивных больных эпилепсией.

Если здоровым наиболее присущ учет цвета при ведущем значении формы (интеллектуальный контроль), то у эксплозивных больных форма оттесняется на второй план или редуцируется, часто сформированный образ определяется только цветом В связи с этим интересно провести параллель с рисунками больных эпилепсией, у которых отмечается определяющая роль цвета (П И. Карпов, 1926; Э. А. Вачнадзе, 1972; Ruesch, Finesinger, 1941).

П. И. Карпов отмечает в рисунках больных преобладание ярких, особенно красных оттенков. В нашем исследовании значительный процент интерпретаций, оцениваемых как С, также связан с трактованием красного цвета («кровь», «огонь» и т. п), особенно отчетливо это выступает у дементных больных. Эти данные могут быть сопоставлены с явлением видения красного цвета в ауре (Э. А. Вачнадзе, 1972)

Для больных, у которых клинически не наблюдается эксплозивность, цвет не имеет большого значения и количество ответов этого типа ниже по сравнению со здоровыми (табл 15) Как и следовало ожидать, различия по показателю «чистый цвет» недостоверны, поскольку такого рода интерпретации не свойственны здоровым людям, которые могут контролировать аффект.

Исходя из вышеизложенного можно сделать вывод о том, что и клинически и экспериментально отмечается два основных варианта патологии аффективной сферы при эпилепсии — эксплозивный и эмоциональный дефект по типу абулии. Наиболее ярко проявляются выделенные нами два типа патологии аффективной сферы при эпилептической деменции, согласно полученным данным, эксплозивность наблюдается у 62% больных с выраженным слабоумием, а эмоциональный дефект по типу абулии — у 38% больных со слабоумием.

Приведем в качестве примера протокол обследования одного из больных с эксплозивным вариантом аффективно-личностных свойств.

Больная Ш 1953 г рождения Больна с 14-летнего возраста Диагноз. истинная эпилепсия. Клинически — выраженные изменения личности, слабоумие, дисфории, частые припадки. Протокол обследования от 13 VII. 1972 г.

Таблица I

Центр линия	1 Дерево вот	DF — Pl

Таблица II

Верхн красн деталь	2	Огонь	DC Огонь
Нижн красн деталь	3	И это огонь	DC Огонь

Таблица III

Средн часть боков детали	4	Это птицы	DF — A
Боков красн деталь	5	Огонь	DC Огонь

Таблица IV

Верхн выступ	6	Ежик	DF — A

Таблица V

0	7	Птица	WF + A

Таблица VI

Центр линия	8	Дерево	DF — Pl

Таблица VII

Половина изобр	9	Черный огонь, горят палки (больная не может объяснить свой ответ)	Dc′ (?) Огонь

Таблица VIII

Верхн деталь	10	Елка	DF + Pl
Боков. деталь	11	Игрушки	DF — Obj

Таблица IX

Центр линия	12	Дерево	DF — Pl

Таблица X

	13	Огни красный, голубой, синий	DC Огонь

Психограмма

R = 13	M = 0	c′ = 1 (?)	F=8(61,5%)	H=0
W = 1 (+1)	FC = 0		F+ =2(25%)	Hd=0
D = 12	CF = 0			A=3
W = 7,7%	C = 4			Ad=0
D = 92,3%	M.C = 0.6			Pl=4
				Obj=1
				Огонь=5

Настоящий протокол достаточно типичен Из 13 интерпретаций только одна W. Процент положительных форм очень низок, кинестетические ответы отсутствуют, зато четыре раза появляются ответы, связанные с трактованием чистого цвета, которые и отражают эксплозивность больной. Достаточно отчетливо выступает персеверация, бедность содержания.

В определенной мере полярен вариант, обнаруженный при исследовании больных с изменением аффективно-личностных свойств по типу абулии.

Больная Л 1935 г рождения Диагноз. истинная эпилепсия, больна свыше 10 лет Клинически — выраженный интеллектуальный дефект. Протокол обследования от 28 III 1972 г

		Таблица I	
Центр деталь	1	Это спина человека	DF — Hd
	2	Человек с носом, глазом	DdF — H
		Таблица II	
0	3	Не иначе как бабочка	WF + A Pop
Половина изображ	4	Кошка	DF — A
		Таблица III	
Центр черн. деталь	5	Это голова	DF — Hd
Нижн боков. деталь	6	Это руки	DoF + Hd
		Таблица IV	
	7	Это не иначе голова	DdF — Hd
		Таблица V	
	8	Это не иначе чем голова	DdF — Hd
		Таблица VI	
Половина средн части	9	Это птица	DF — A
		Таблица VII	
Две трети изображ	10	Кошка выглядывает	DFM + A
		Таблица VIII	
Боков розов деталь	11	Собака или что	DF + A Pop
		Таблица IX	
		Тоже что-то такое неопределенное	
	12	Вроде борода	DdF — Hd
	13	Око, а что дальше	DdF — Hd
		Таблица X	
	14	Вижу глаз, а что дальше...	DdF — Hd

Психограмма

R = 14	M = 0	F = 13(92,8%)	H = 1
W = 1(+1) = 7,1%	FM = 1	F+ = 3(23%)	Hd = 8
D = 6(42,8%)	FC = 0		A = 5
Dd = 6(42,8%)	CF = 0		Ad = 0
Do = 1(7,1%)	C = 0		
	M : C = 0 : 0		

В данном случае клинически установленный интеллектуальный дефект обусловливает, как и в предыдущем случае, низкий процент положительных форм, отсутствие W-интерпретаций (только одна), связанное с нарушением способности к синтезу (Dd, Do), персеверации, бедность содержания. Отсутствуют кинестетические ответы и ответы с интерпретацией цвета — определенное затухание эмоциональных реакций, что соответствует данным клинического наблюдения.

Возможность появления таких вариантов патологии аффективно-личностной сферы не противоречит клиническим представлениям об особенностях эпилептической деменции. Так, В. М. Морозов (1967) указывает на необходимость «...суметь доказать, что в состояниях резко выраженного эпилептического слабоумия тугоподвижность и медлительность могут не быть параллельны аффективной напряженности».

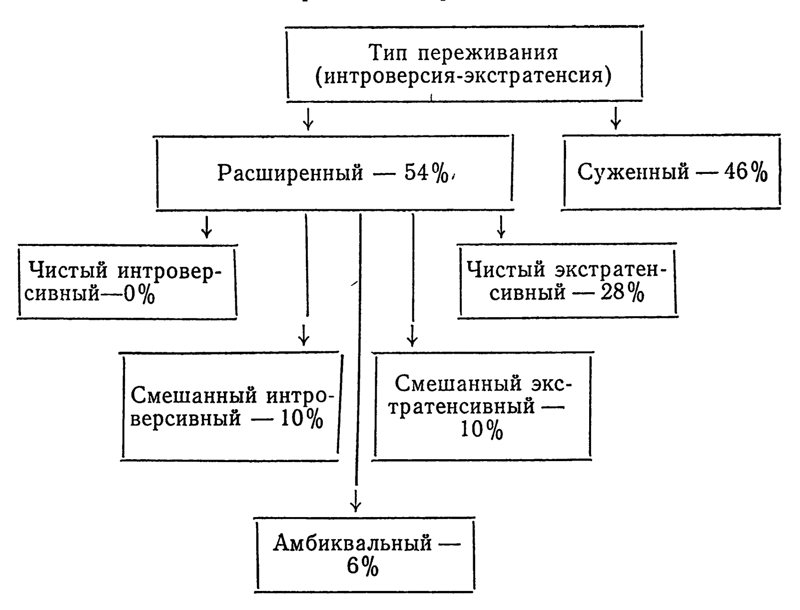
В том случае, когда органическое поражение мозга приводит к понижению инициативы, появлению вялости и пассивности, следует думать о «вязко-апатическом» типе конечного состояния. По данным Я. П. Фрумкина и И. Я. Завилянского (1964), выделенные нами варианты патологии можно сопоставить в первом случае со «...слабоумием, в картине которого преобладают особенности аффективных реакций», во втором — «слабоумием с явлениями инертно-олигофазических и мнестических расстройств».

Изучение взаимосвязи кинестетических и цветовых интерпретаций (типа переживания) представлено в таблице 16.

Из обследованных нами больных 54% относятся к типу расширенному и 46% — к суженному. В расширенном типе наибольший удельный вес принадлежит экстратенсивно-эгоцентрическому типу, активность которого полностью определяется внешними побуждениями. Кинестетические интерпретации отмечались у 26% обследованных больных и только у 10% они количественно пре-

Таблица 16

Типы переживания при эпилепсии



восходили цветовые ответы. Можно полагать, что у обследованных нами больных интроверсивная направленность заметно не выражена (в отличие от здоровых)

Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что при эпилепсии наиболее вероятными вариантами изменения личности могут быть: идущие по линии сужения активности как внешней, так и внутренней и, наиболее вероятно, приводящие к абулиеподобному состоянию по мере прогредиентности процесса; идущие по линии расширения активности внешней, доходящей до значительной импульсивности в поведении. Можно предположить, что эти различия во многом определяются преморбидной структурой личности больного Наши результаты в какой-то мере подтверждают выдвинутое зарубежными исследователями предположение о распределении изменений личности при эпилепсии по двум полюсам

Анализ содержания интерпретаций больных эпилепсией показывает общее снижение количества ответов,

связанных с видением фигуры человека или ее деталей (частей), причем Hd >H, что соответствует преимущественной интерпретации не целой фигуры человека, как это наиболее свойственно здоровым, а ее отдельных деталей (здоровые. H +Hd = 20,3; больные. 18,9%). Снижается также A + Ad (здоровые 53,7, больные: 47,7%, причем Ad ответов значительно больше у больных). Повышается количество толкований анатомического и «растительного» содержания.

Наряду с этим при изучении протоколов больных можно выделить другие особенности:

а) называние цвета — наиболее характерно для больных с деменцией (20%),

б) описание или ответы типа «что-то нарисовано», «какое-то пятно» — 12% больных;

в) отказ от интерпретации изображения — 10%;

г) указание на симметрию изображения — 8% больных.

Ранее отмечено, что эти особенности восприятия выделялись рядом зарубежных авторов и рассматривались как симптоматичные для эпилепсии. Эти факторы следует рассматривать во взаимосвязи с другими данными, получаемыми в эксперименте.

ОРГАНИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Согласно Delay и соавторам (1955), метод Роршаха особенно чувствителен при определении расстройств памяти, внимания и эмоциональной сферы, которые проявляются при органических поражениях головного мозга. Piotrowski (1937) описал ряд признаков, на основании которых, по мнению автора, можно определить изменения, вызванные органическим поражением:

1. Количество ответов обычно менее 15.

2. Продолжительность ответа более чем одна минута.

3. Не более одной кинестетической интерпретации или отсутствие их.

4 Не менее одного называния цвета.

5. F +% менее 75

6. Снижение количества популярных ответов (менее 25%).

7. Персеверация

8. Бессилие, беспомощность при выполнении задания.

9. Растерянность, неуверенность в себе.

10. «Автоматические» фразы.

Piotrowski следующим образом объясняет три последних признака. «Бессилие» — это неспособность испытуемого осмыслить стимул, дать на него ответ, а если ответ дан, то обследуемый не может поправить себя, отдать отчет в том, что ответил не так, как следует «Растерянность»— состояние, при котором больные испытывают чувство неловкости от сознания того, что кто-то сомневается в их умственных способностях, и поэтому проявляют повышенный интерес к собственным ответам, просят оценить их качество, считая себя некомпетентными самостоятельно решить этот вопрос. «Автоматические фразы» — неосмысленное и логически не обоснованное механическое повторение «любимой» фразы

У больных с органическими поражениями головного мозга отмечается выраженное расхождение между способностью к словесному описанию воспринимаемых деталей изображения и возможностью их зрительной локализации Они также затрудняются указать описываемую деталь (субъективная неясность локализации, по Bohm). Это несоответствие было обнаружено у 70% больных с органическими поражениями головного мозга.

Piotrowski (1940), основываясь на предложенных им признаках, уточняет, что процент больных с органическими поражениями, в протоколах которых обнаруживается не менее пяти из этих признаков, увеличивается в зависимости от возраста и тяжести поражения (больные до 12 лет — 42%; от 12 до 18 лет—50; 18 — 50 лет—61; старше 50 лет — 89%). Кроме того, автор отмечает, что, используя выделенные им признаки, нельзя исключить органическую патологию, т. е. отрицательные характеристики не имеют диагностического значения.

По мнению Schenk (1938), для диагноза органического поражения головного мозга достаточно наличия в протоколе двух признаков: «беспомощности» и «растерянности». Автор предлагает еще два показателя, характерных, по его мнению, для органического поражения: W + % < 70, Orig + % < 50.

Hertz и Loehrke (1954) описывают три «отрицательных» признака, наличие которых в протоколе позволяет исключить органическое поражение: F + > 70%, Pop > 25%, отсутствие персевераций. Наличие пяти и более признаков Piotrowski эти авторы отметили у 25% больных с органическим поражением головного мозга. Сделан вывод, что признаки не обладают дифференци-

ально-диагностическим значением, хотя и могут в какой-то степени отражать органические поражения.

Ross (1941) проверил признаки Piotrowski у большого количества лиц и также пришел к выводу, что наличие пяти или более из этих признаков нельзя рассматривать как специфический показатель органического поражения головного мозга. По его мнению, речь может идти лишь об определенной дисфункции нервной системы («органической» или «функциональной»).

Этот вывод можно сделать и в отношении других известных «наборов диагностических признаков». Предпринятое исследование валидности признаков «органического синдрома», предложенных разными авторами, показало, что ни один из этих наборов не может быть диагностически эффективным более чем в 18% случаев.

Обсуждавшиеся выше исследования посвящены установлению «общего органического синдрома» методом Роршаха. Для экспериментов использовали больных с различными заболеваниями, но с наличием органического психосиндрома В советской психиатрии принято считать, что такие обобщенные синдромологические определения, отражающие лишь групповую принадлежность заболевания, являются промежуточным этапом диагностического мышления и нуждаются в нозологической дифференциации форм и стадий течения (Э. Я Штернберг, В. М. Блейхер). Положительным в подобных работах является то, что разработанные признаки «общего органического синдрома», определяемого методом Роршаха, могут «...усилить или ослабить первоначальные клинические данные, ..иногда пробудить первые подозрения, после чего необходимо более точное клиническое исследование» (Bohm, 1968).

Наряду с этим ряд авторов выделяют признаки, присущие отдельным заболеваниям (Роршах, 1969). Ниже приводим данные Роршаха, систематизированные Bohm·

Атеросклеротическая депрессия при выраженном слабоумии:

1) время реакции увеличено;
2) тип переживания коартативный;
3) F + % понижен, иногда значительно;
4) A% очень повышен;
5) Orig% (—) низкий;
6) тип восприятия D — Do;

7) тенденция к инверсивной последовательности;
8) много Hd, H мало или нет вообще;
9) F+% обратно пропорционален M.

Корсаковский психоз:

1) количество ответов иногда значительно выше среднего;
2) тип переживания интроверсивный;
3) F+% отчетливо снижен;
4) A% средний;
5) Orig% (±) значительно повышен;
6) тип восприятия W — D — (Dd);
7) свободная последовательность;
8) часты W комбинированные и конфабулированно-комбинированные;
9) тенденция к m ответам;
10) случайные M—;
11) повторения (из-за быстрого забывания предшествующей интерпретации);
12) удовлетворенность интерпретациями.

Прогрессивный паралич:

1) количество ответов иногда значительно выше среднего;
2) время реакции увеличено;
3) тип переживания экстратенсивный;
4) F+% понижен (30—50%) при сохранении M+;
5) Orig% (—) значительно повышен;
6) тип восприятия $\underline{W}$ — D (возможен $\underline{DW}$ — D);
7) последовательность упорядоченная;
8) часты DW;
9) обычно больше H, чем Hd;
10) конфабуляции.

Сенильная деменция:

1) время реакции увеличено;
2) тип переживания экстратенсивный;
3) F+% выражено снижен (0—30%);
4) A% очень повышен;
5) Orig% (—) значительно повышен;
6) тип восприятия $\underline{W}$ — D (возможен $\underline{DW}$ — D);
7) последовательность упорядоченная, иногда свободная;
8) часты DW;

9) обычно больше H, чем Hd;

10) много ответов с «растительным» содержанием;

11) сильно выражены конфабуляции, персеверации.

В качестве примера приведем протокол обследования Роршахом больного прогрессивным параличом (Роршах, 1969).

Мужчина, 45 лет Диагноз прогрессивный паралич, экспансивная (exalted) форма Продромальные симптомы в течение двух лет, паралитическая экзальтация в последние шесть месяцев

		Таблица I	
0	1	Ангел и два Санта-Клауса	WM + H
		Таблица II	
0	2	Два пьяницы	WM + H
		Таблица III	
0	3	Это Вы и капитан Мозер	WM + H
		Таблица IV	
0	4	Летящий сокол	WF — A
		Таблица V	
0	5	Также крылатые животные	WF — A
		Таблица VI	
0	6	Горная бабочка	WF — A Orig —
		Таблица VII	
0	7	Снег и облака	WCF Облака
		Таблица VIII	
Красно-желт. нижние детали	8	Ад	DC Ад Orig —
Серые детали верхние	9	Корона	DF — Obj Orig —
		Таблица IX	
Промежут. фигура	10	Вход в яму	SCF — Вход Orig —
Коричн деталь	11	Солнце	DC Солнце Orig —
Зелен. деталь	12	Лес	DC Лес Orig —
		Таблица X	
0	13.	Вход в небеса, облака	WCF — Небо Orig —

Психограмма

R = 13	M = 3	F = 4 (все —)	H = 3
W = 8 (многочисл DW)	FC = 0	F+ = (M «хорошие», F все «плохие»)	Hd = 0
D = 4	CF = 3		A = 3 (23%)
S = 1	C = 3		Ad = 0
Тип восприятия W — D			Obj = 1
			Другое = 6
Последовательность (?)			Orig = 53%

В этом случае следует обратить внимание на очень четкое восприятие M, тогда как F «бедны». С каждой последующей интерпретацией восприятие формы ухудшается, а конфабуляторные моменты возрастают и W-ответы переходят в DW. Этот обследуемый обладал в свое время высоким интеллектом.

Известное значение имеет вопрос о дифференциации методом Роршаха органического поражения головного мозга от шизофрении Для этого Piotrowski (1965) предлагает учитывать свойственную больным с органическим поражением головного мозга «мобилизацию интеллектуальных сил», в которой он выделил 4 фазы 1) фаза поиска — больной нащупывает идею интерпретации и подбирает выражения; 2) больной принимает решения и называет объект, сходный со стимулом; 3) собственно фаза мобилизации сил — больной много говорит, обстоятельно перечисляет детали, которые, по его мнению, содержит актуализированный образ; 4) испытуемый пытается визуально установить, имеют ли детали образа, названные им в третьей фазе, эквиваленты в соответствующих участках изображения. Эта фаза иногда не наблюдается, но может быть обнаружена экспериментатором при побуждении больного. Согласно Piotrowski, эти фазы никогда не обнаруживаются при обследовании больных шизофренией.

Другой тип реакции, присущий больным с органическим поражением головного мозга, характеризуется подчеркнутым, постоянно проявляющимся интересом обследуемого к соответствию формы и цвета актуализированного образа интерпретируемым деталям изображения. Piotrowski считает, что «мобилизация интеллектуальных сил» может быть рассмотрена как частный случай этого признака, позволяющего дифференцировать органическое поражение от шизофренического процесса.

Ряд исследователей пытались с помощью метода Роршаха установить локализацию патологических изменений

в коре головного мозга. Однако до настоящего времени почти невозможно на основе только метода Роршаха дифференцировать очаг поражения.

НЕВРОЗЫ

Количество исследований методом Роршаха больных неврозами невелико, что объясняется большой сложностью измерения степени депрессии и тревоги, поэтому мы не располагаем надежным независимым критерием оценки наших экспериментов (следует учитывать и крайне низкую надежность собственно клинической диагностики форм «малой психиатрии»). Часто нечеткие границы между «нормой» и неврозом, а также встречающиеся «смешанные» типы неврозов приводят к еще большим затруднениям.

Для Роршаха основным признаком являлся «цветовой шок» (по его мнению, признак патогномонический), однако дальнейшие исследования не подтвердили этого. Оказалось, что «цветовой шок» встречается и при других заболеваниях, например при шизофрении. И все же значение «цветового шока» как фактора, связанного с неврозом, достаточно велико (Miale, Harrower, 1940). По наблюдениям ряда авторов (Rapaport и соавторы, 1946; Роршах, 1969), у больных неврозами часто встречаются «негативные цветовые ответы» (например, красные детали табл. II интерпретируются как «кровь»), причем чем тяжелее клиническое состояние, тем они более многочисленны (Piotrowski и соавторы, 1963). При улучшении состояния после психотерапии частота «отрицательных» цветовых интерпретаций уменьшается.

Роршах предложил для дифференциации различных форм невроза использовать соотношение между цветовыми и кинестетическими энграммами. Так, при наличии общей невротической симптоматики преобладание цветовых ответов над кинестетическими свидетельствует о преимущественно двигательных симптомах, в противном случае (M>C) симптомы будут психическими или идеаторными.

У больных истерией наблюдается больше цветовых, нежели кинестетических, ответов. Для них, по мнению Роршаха, более характерно репродуктивное, чем творческое мышление, лабильная аффективность и поверхностные контакты с другими людьми. Приведем в качестве

Женщина, 30 лет Диагноз· истерия

	Таблица I	
0	1 Бабочка	WF + A
	Таблица II	
	2 Две собаки забавляются Что касается красных пятен, не представляю себе, что это может быть	DF + A
	Таблица III	
0	3 Двое мужчин со шляпами в руках приветствуют друг друга	WM + H
	Таблица IV	
0	4 Полип	WF + A
	Таблица V	
0	5 Какая-то моль	WF + A
	Таблица VI	
0	6 Похоже на черепаху	WF + A
	Таблица VII	
0	7 Похоже на женский таз	WF — Anat
	Таблица VIII	
Боков деталь	8 Баран Боже мой, какие краски! Как это забавно! Ничего здесь не понимаю!	DF + A
	Таблица IX	
Между зелен и коричн цветами	9 Какая-то голова Право не знаю, что сказать Странная смесь красок и фигур	DF — A
	Таблица X	
0	10 Напоминает мне картину морского дна, здесь морские растения	DCF + Pl

Психограмма

R = 10 W = 6 D = 4	M = 1 FC = 0 CF = 1 C = отчетливо намечены	F=8 F + = 6(75%)	H = 1 Hd = 0 A = 7(70%) Ad = 0
Тип восприятия W — D Последовательность ? (только один ответ по каждой таблице)			Anat = 1(—) Pl = 1 Orig = 0%

примера протокол обследования больной истерией, заимствованный из работы Роршаха (1969).

Цветовой шок достаточно резко выражен Отчетливое избегание цвета Коартативный тип переживания Слабо обозначенная тенденция к восприятию кинестезий при отчетливо проявляющейся тенденции к цветовым ответам, т. е у обследуемой больше экстратенсивных, чем интроверсивных, черт, однако экстратенсивные побуждения резко ограничены аффективно обусловленной неуверенностью пациентки в себе Лабильность, импульсивность, эмоциональность, не поддающиеся прогнозированию реакции, слабое эмоциональное проникновение. Низкий образовательный уровень и неоригинальность (нет Orig ответов). Весьма отчетливо выражена стереотипия

Больные неврозом, у которых преобладают кинестезии, обладают творческим, а не репродуктивным интеллектом, у них хорошо развита фантазия, но ограничена способность приспосабливаться к окружающей среде У них возможно появление различных фобий и неврастенических симптомов.

Классическим признаком обсессивно-компульсивного невроза является критика больным собственных ответов, особенно соответствия между формой стимула и интерпретаций, а в менее выраженных случаях — многочисленные исправления и оговорки. Значительное повышение процента Dd-ответов является показателем обсессивности, которая проявляется в чрезмерном внимании к тривиальностям.

По мнению Роршаха, вывод о наличии у больного обсессивно-компульсивного невроза можно сделать на основании протокола, в котором нет признаков психоза, но есть цветовой и (или) «светотеневой» шок с примерно равным количеством движения и цвета. Такие больные также чаще дают S-ответы. Предполагается, что с определенной вероятностью обсессивный невроз может быть исключен, если есть «нормальное» распределение W — — D — Dd и ответы «чистого цвета».

На примере обследований больных истерией можно увидеть, что данные, полученные разными авторами, разноречивы. По данным Piotrowski (1965), не подтвердилось положение о том, что у больных с конверсивной симптоматикой наблюдается высокий процент ответов анатомического содержания Вопреки ожидаемому, средняя величина «импульсивных» цветовых ответов в груп-

пе из 20 женщин, страдающих конверсивной истерией, составила соответственно 0,95 CF и 0,30 C, что привело к заключению об отсутствии специфических для данного заболевания характеристик ответов (Fisher, 1951).

Сравнивались результаты больных истерией с конверсивной симптоматикой и без таковой при сходстве пола, возраста и интеллектуального уровня (Piotrowski, 1965). Обнаружилось, что ни один из показателей метода Роршаха не позволил статистически достоверно дифференцировать эти группы Автор подразделил больных с конверсивными симптомами на две подгруппы — с более и менее выраженной инвалидизацией. Было зафиксировано значимое преобладание FM-, m- и с-ответов у больных с более неблагоприятным статусом ($p < 0,05$).

При конверсивной истерии отмечена высокая частота ответов с содержанием «смерти», «сна» и т. п, а также ответов с «проекцией движения» (Mp), т. е. тех, где движений человека не видно (например, это камни, можете их поднять и бросить»), причем большая часть этих интерпретаций выражала агрессию.

Для анксиозного синдрома, который сопутствует развитию многих форм неврозов, характерны следующие показатели (Zulliger, 1933):

1) увеличенное время реакции;
2) уменьшенное количество ответов;
3) уменьшенное количество W;
4) увеличение числа Dd, Do, S;
5) тип восприятия D — Dd — S, часто Do;
6) отсутствие или выраженное уменьшение M и C ответов (коартативный тип переживания);
7) иногда увеличение CF;
8) увеличение числа с-ответов;
9) возможны MC интерпретации при бреде преследования;
10) повышены A + Ad% и Pop%;
11) снижен H + Hd%, Hd > H;
12) увеличение процента ответов по содержанию: Obj, Pl, Anat;
13) «цветовые» и «светотеневые» шоки;
14) отказ;
15) описание;
16) указание на симметрию;
17) критика изображения и самокритика, интерпретации в форме вопросов.

На основании анализа 43 протоколов больных разными формами неврозов (анксиозный невроз, конверсивная истерия, неврастения, обсессивно-компульсивный невроз и «смешанные» типы) в возрасте от 15 до 55 лет и 20 здоровых лиц, сходных по возрасту и интеллекту, Miale и Harrower (1940) установили ряд особенностей, резко отличающих больных от здоровых.

1. Количество ответов не превышает 25 (среднее количество 13 и только у трех больных число ответов было более 25). Для лиц здоровых R = 36.

2. Отмечается не более одной кинестетической интерпретации (у 74% больных было менее 2M, среднее число — 1,1). В контрольной группе у всех обследованных отмечается более чем один ответ движения, M среднее равно 5,5 (по данным Piotrowski и Schreiber (1952), наличие в протоколах больных неврозами M-ответов позволяет предполагать улучшение состояния после психотерапии).

3. FM > M (это соотношение наблюдалось в 67% случаев, для 23% обследованных FM = M либо отсутствие тех и других интерпретаций, только для 12% M >FM). Для 70% здоровых M > FM, а в 15% случаев FM > M.

4) «Цветовой шок» наблюдался у 98% больных и у 20% лиц в контрольной группе.

5. «Светотеневой шок» — у 81% больных и только у 20% здоровых.

6. Часты отказы (47% больных отказались давать ответы, от 1 до 7 отказов на протокол). У здоровых обследованных случаев отказов не наблюдалось.

7) F% >50 (51% больных). У здоровых — 20%.

8. A и Ad — содержание более, чем половины ответов больных, у здоровых — 25%.

9. FC-ответы — не более одного (81% больных, причем 70% не дали ни одного FC-ответа). Не более одного FC-ответа обнаружено у 20% здоровых при среднем значении 3,1 (наличие в протоколах FC-ответов является существенным фактором для благоприятного прогноза при лечении неврозов (Barclay, Hilden, 1961)).

Эти невротические признаки были проверены Harrower—Erickson на 459 обследованных. Оказалось, что у 80% больных неврозами и 15% лиц из контрольной группы наблюдалось пять из девяти признаков (Piotrowski, 1965).

Мы считаем наиболее целесообразным не поиск «общего невротического синдрома» с помощью метода Роршаха, как это полагают Miale и Harrower, а прежде всего изучение особенностей отдельных форм неврозов и их патогенеза. Только тогда ценность полученных результатов значительно возрастает, так как будет учтена специфика проявления того или иного невротического состояния.

В заключение отметим, что особый интерес представляет проблема дифференцирования неврозов от психозов методом Роршаха. Piotrowski и сотрудники предложили «альфа-формулу», с помощью которой в большинстве случаев удается дифференцировать указанные нозологические группы. Однако этот способ можно применять при соблюдении ряда условий и поэтому мы считаем, что он нуждается в более детальной разработке и обосновании.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Задача углубления наших знаний о личности с помощью психологических исследований имеет большое значение. В связи с этим важно пополнять арсенал методов, позволяющих получить надежные и обоснованные данные о личности и ее многообразных проявлениях.

Обсуждаемые в нашей работе проективные методы исследования личности в настоящее время не могут быть отнесены к новым достижениям психологии. Однако изза некоторых причин, основные из которых были нами выделены и проанализированы, эти методы долгое время оставались вне поля зрения советских психологов.

Сохранение такого status quo по отношению к проективным методам не может быть признано удовлетворительным. Поэтому мы стремились показать, что при решении комплекса задач, связанных с изучением личности в клинической психологии, проективные методы оказываются ключом, приоткрывающим области, закрытые для других исследовательских приемов.

Проективные методы, история их становления и развития в психологии — явление уникальное. Ни одни из существующих ныне в психологии методов не впитали в себя так много разнообразных, порой противоречащих друг другу психологических теорий и концепций. Прак-

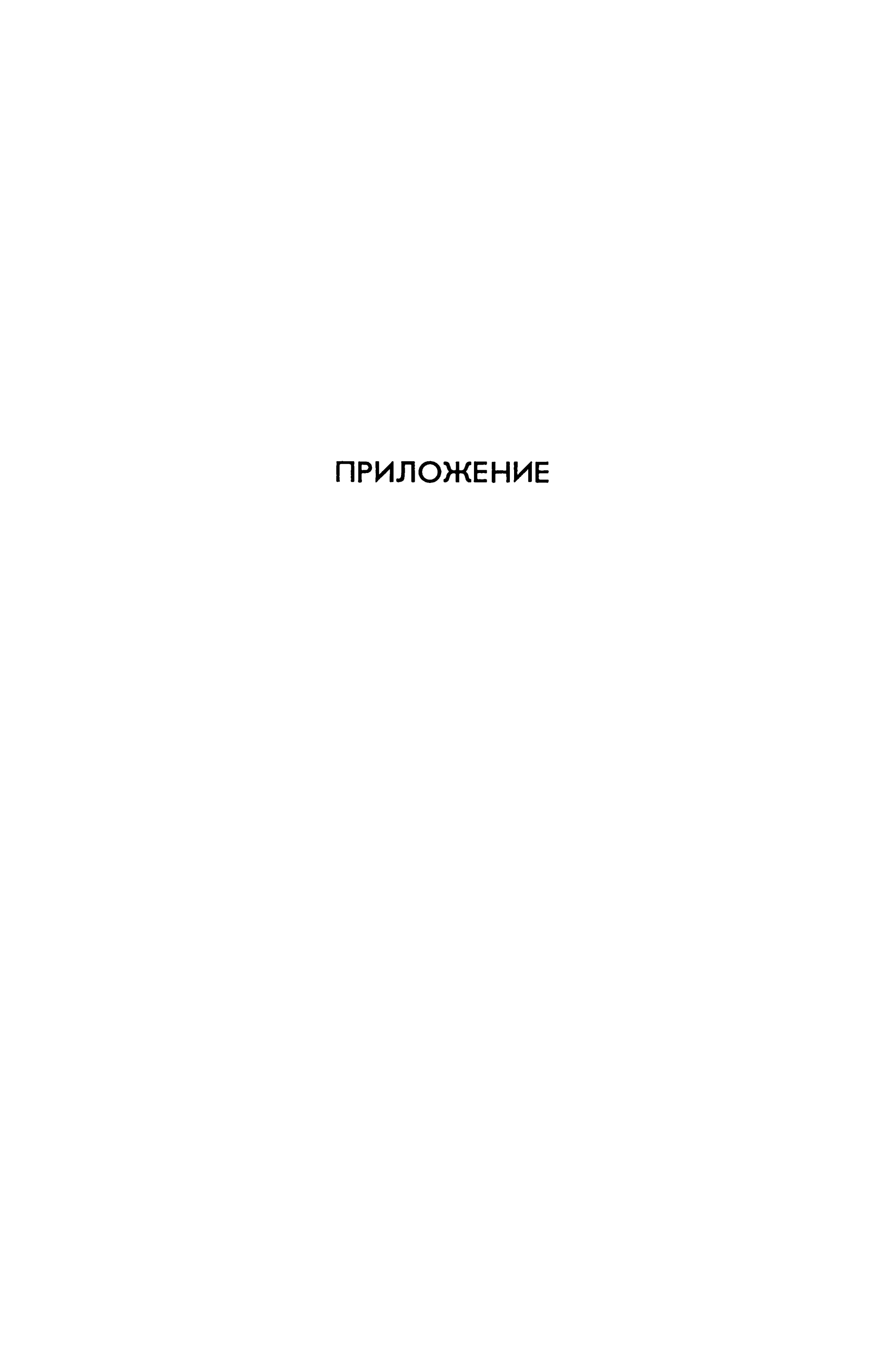
тически в каждом из существующих направлений психологии, связанных с изучением личности, пытаются не только объяснить проективные методы, но и привлечь их иногда для доказательства истинности того или иного теоретического построения.

Предложенная работа представляет собой краткое введение в проблематику проективных методов, которое нуждается в дальнейшем теоретическом и экспериментальном развитии с методологических позиций отечественной психологии и психиатрии. Многие вопросы остаются открытыми, а в толковании иных, очевидно, возможны другие точки зрения. Остается открытым вопрос, который представляется нам одним из наиболее существенных, — о возможности исследования бессознательного психического проективными методами.

При описании различных методов психологического исследования всегда уделяют внимание технике проведения эксперимента, способам учета получаемой информации и стандартным схемам интерпретации. Во многих руководствах процедурная сторона исследования описывается настолько детально (это делается обычно для стандартизации), что у неспециалистов может возникнуть иллюзия общедоступности метода: будто бы никакого специального обучения не требуется, достаточно следовать определенным правилам, чтобы получить данные, характеризующие личность.

Мы хотим еще раз подчеркнуть, что любой психодиагностический эксперимент должны проводить исключительно специалисты, имеющие психологическое образование и опыт работы. Прежде всего это относится к интерпретации результатов, а процедурная сторона эксперимента, за исключением некоторых проективных методов, может осуществляться лицами специально подготовленными, но не имеющими психологического образования.

Несоблюдение этого может не только повлечь за собой дискредитацию методов научной психодиагностики, но и привести к неоправданному наклеиванию «интеллектуальных» или «характерологических» ярлыков на обследуемого, что в свою очередь может способствовать возникновению ситуаций, травмирующих психику.



ПРИЛОЖЕНИЕ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Сравнительная таблица основных символов метода Роршаха

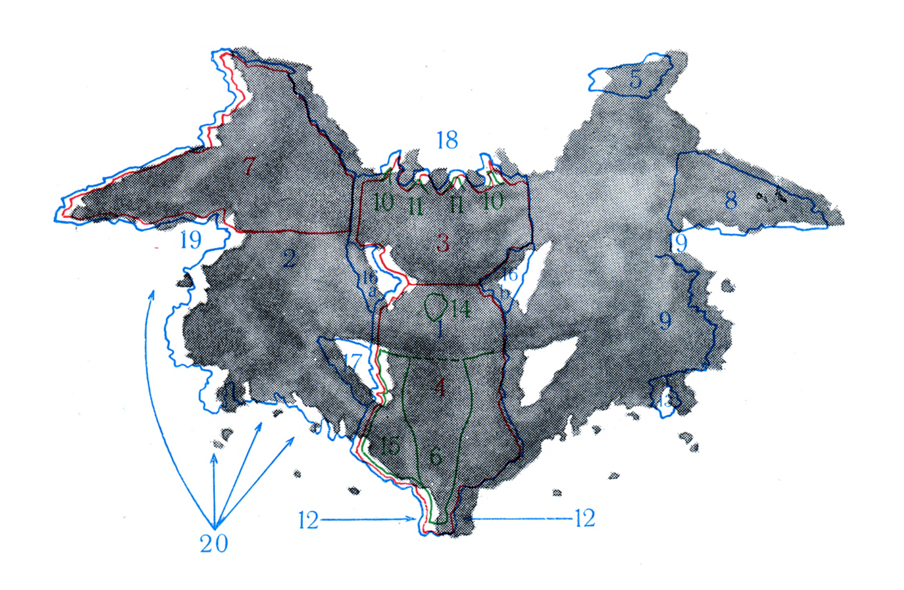
Англо-американская система обозначения	Немецкая система обозначения	Французская система обозначения	Англо-американская система обозначения	Немецкая система обозначения	Французская система обозначения
W	G	G	Cl	FbF	CF
DW	DG	DG	C	Fb	C
DdW	DdG	DdG	F(C)[1]	F(Fb)	Clob
SW	DZWG	DblG	H	M	H
D	D	D	Hd	Md	Hd
Dd	Dd	Dd	A	T	A
Do	Do	Do	Ad	Td	Ad
S	DZW	Dbl	Anat	Anat	Anat
F	F	F	Sex	Sex	Sex
M	B	K	Pl	Pfl	Pl
FM	FB	FK	Ls	Ldsch	—
m	Bkl	k	Obj	Obj	Obj
FC	FFb	FC			

[1] В значении, используемом Роршахом

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Вспомогательные таблицы для локализации ответов (по Bohm)

Таблица I

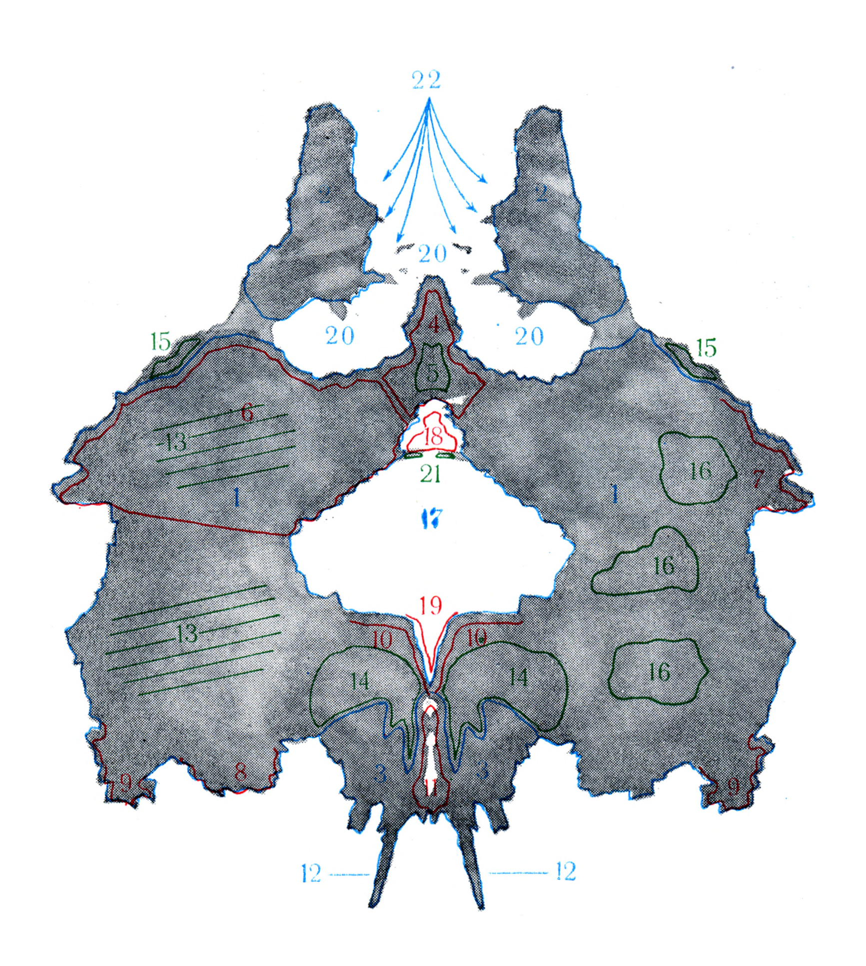


D — 1, 2, 3 (если не Do), 4, 5 (если не Do), 6, 3 + часть 6 (без 12), 7, 8, 10.

Dd — 9 (почти всегда в положении «с»), 11, 10+11, 12, 13 (почти всегда в положении «с»), 14, 15, 20.

S — 16a, 16b, 17, 18, 19.

Таблица II

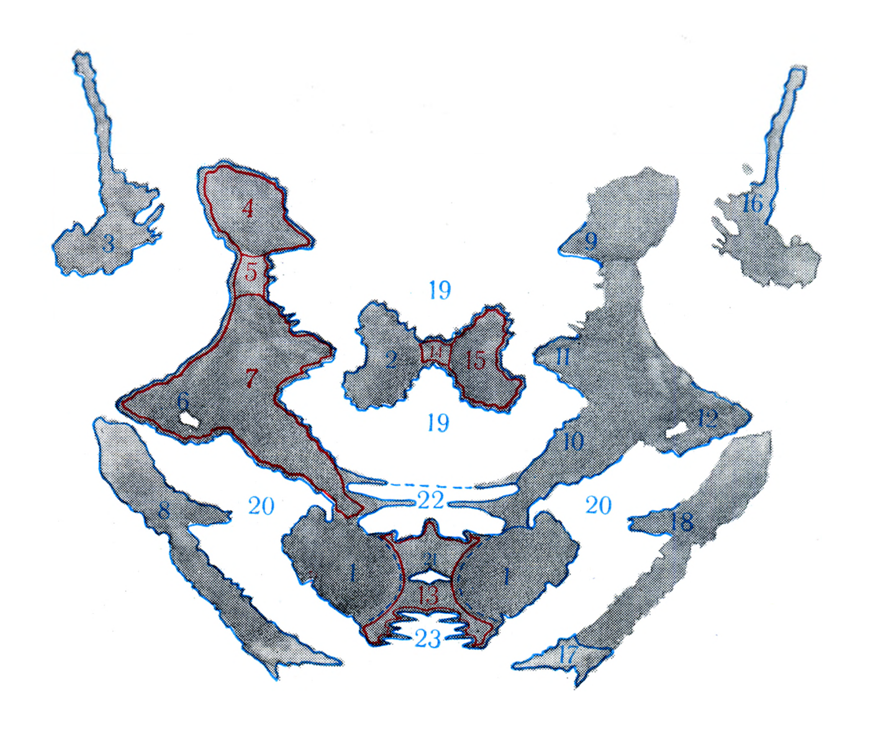


D — 1, 2, 3, 4.
Dd — 5, 6 + 4, 7, 8 (в положении «b»), 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 21, 22.
S — 17, 20.
DrS* — 18, 19

---

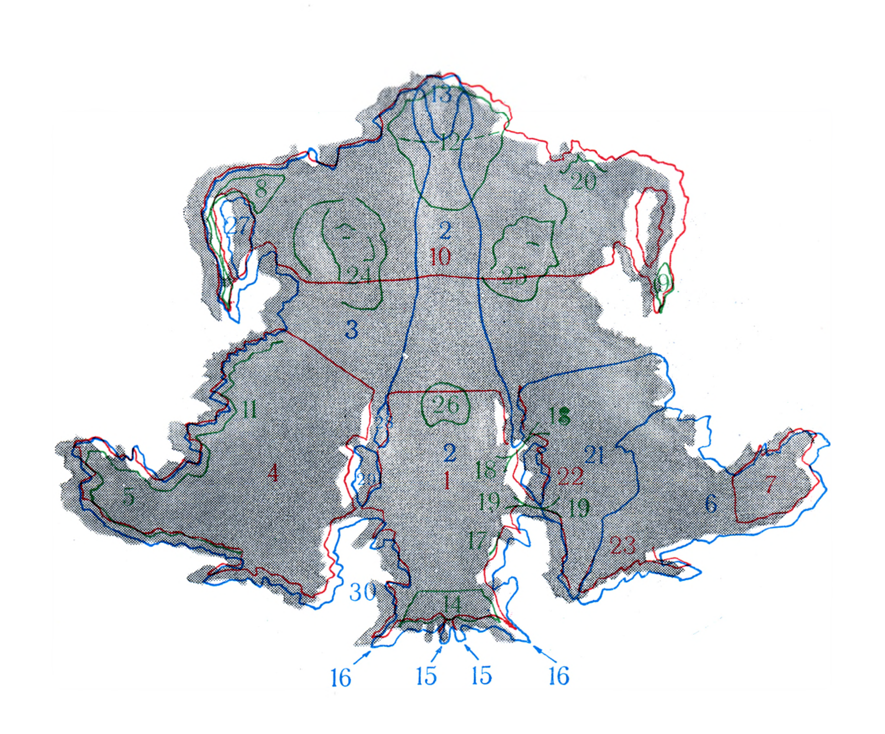
*DrS — Rare white space detail (редко встречающиеся S).

Таблица III



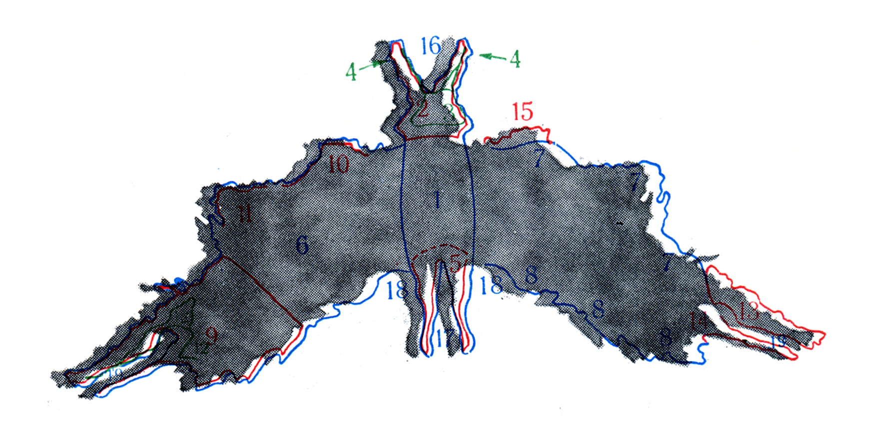
D — 1, 2, 3, 4 (если не Do), 6, 7, 8.
Dd — 5 (если не Do), 9, 10, 11, 12 (почти всегда в положении «с»), 13, 14, 15, 16, 17, 18.
S — 19, 20.
DrS — 21, 22, 23.

Таблица IV



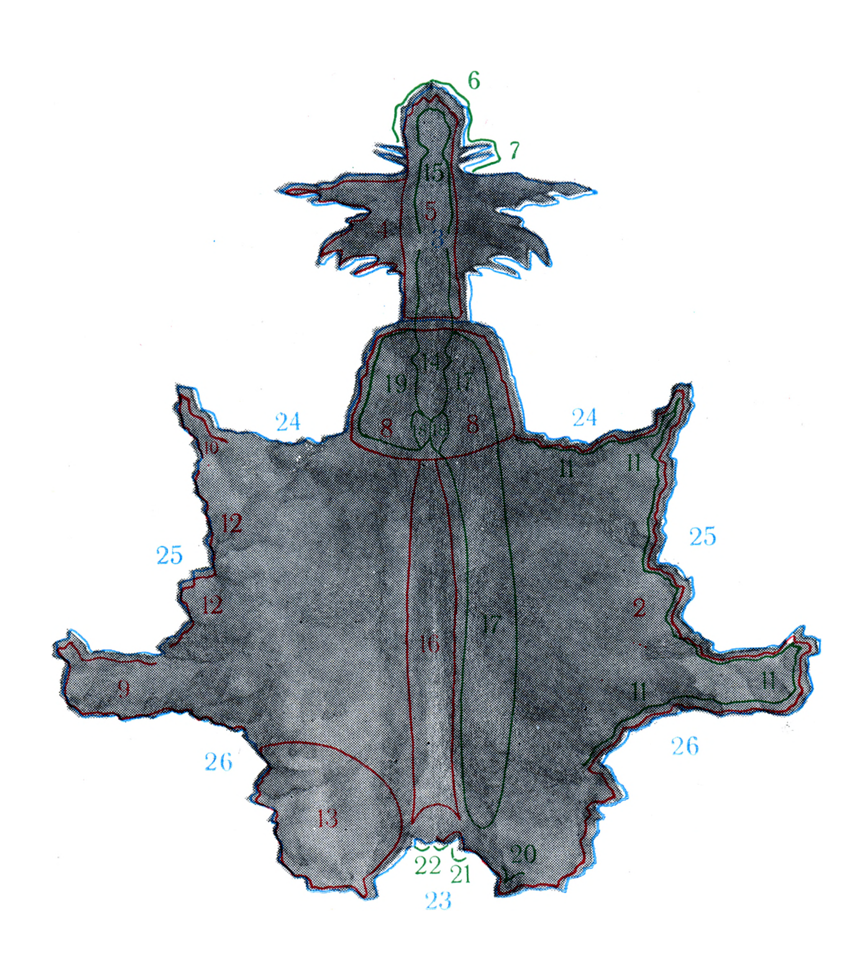
D — 1, 2, 3 (почти всегда в положении «b» или «d»), 4, 1 + обе 4, 5, 6, 7, 8.
Dd — 9, 10, 11, 12 («лицо» почти всегда Do), 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26.
S — 27, 28, 29, 30.

Таблица V



D — 2, 5, 6, 7.
Dd — 1, 3, 4, 8, 9 (почти всегда в положении «с»), 10 (как «голова» — Do), 11, 12, 13, 14, 15.
S — 16, 17, 18.
DrS — 19.

Таблица VI

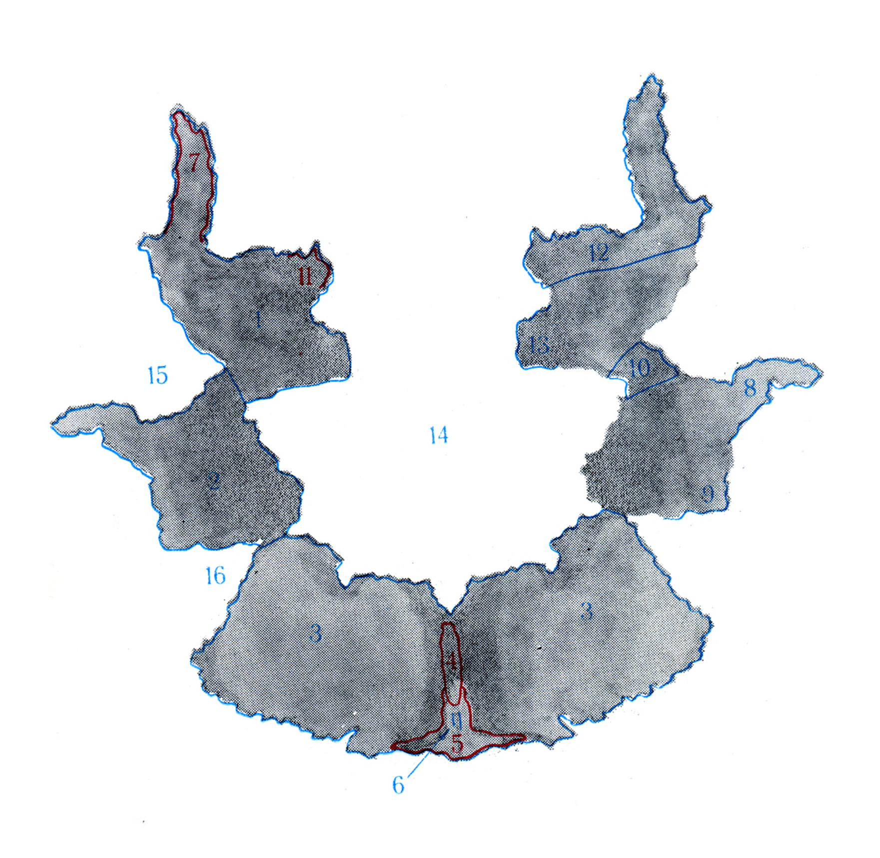


D — 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 3 + 8, 5 + 8, 9, 11, 13 («головы» в положении «с» — Do), 14 (с или без 15).

Dd — 7, 10, 12, 15, 16 (5 или 15 + 14 + 18 + 16 — D), 17, 18, 19, 20, 21, 22.

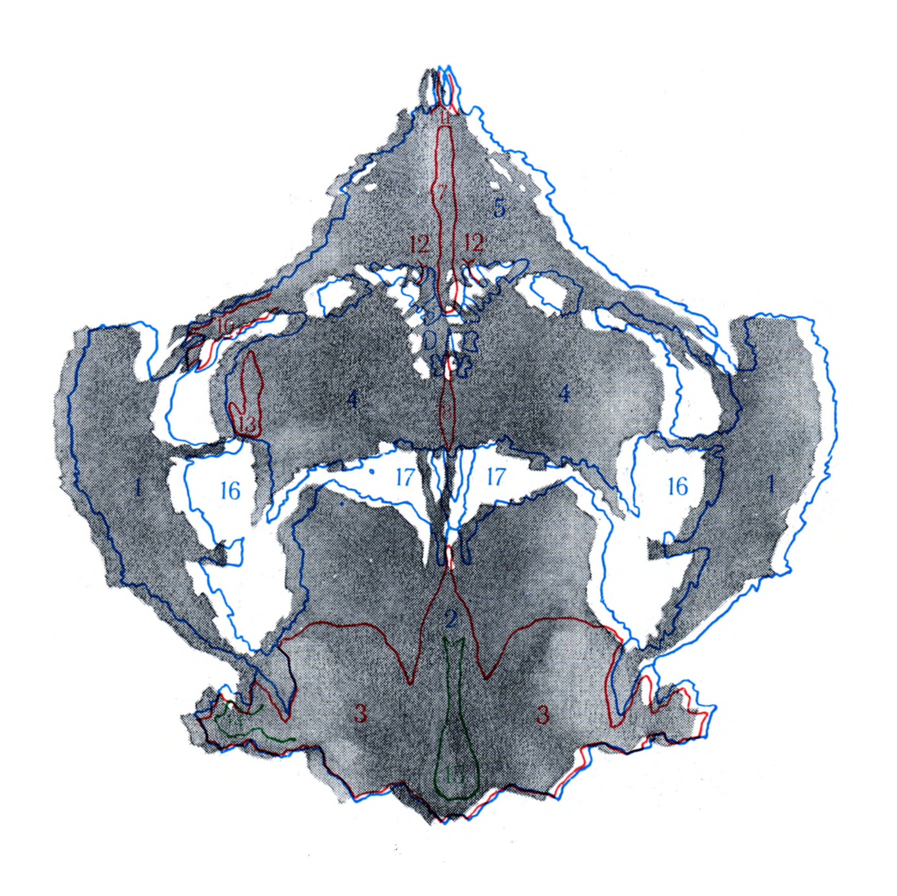
S — 23, 24, 25, 26.

Таблица VII



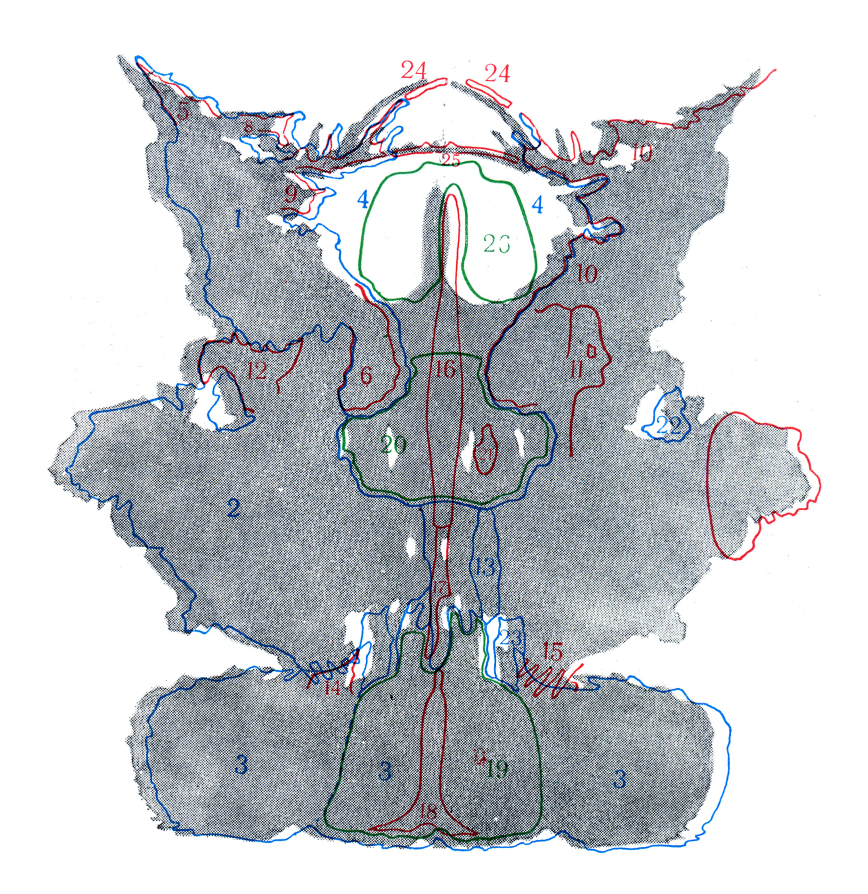
D — 1, 2, 3, 1 + 2, 2 + 3.
Dd — 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13.
S — 14, 15, 16.

Таблица VIII



D — 1, 2, 2 — 3, 4, 5, 6a (темное на белом) 5+6+4+9+2, 7.
Dd — 3, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15.
S — 6, 6 (белое на темном), 16, 17.

Таблица IX



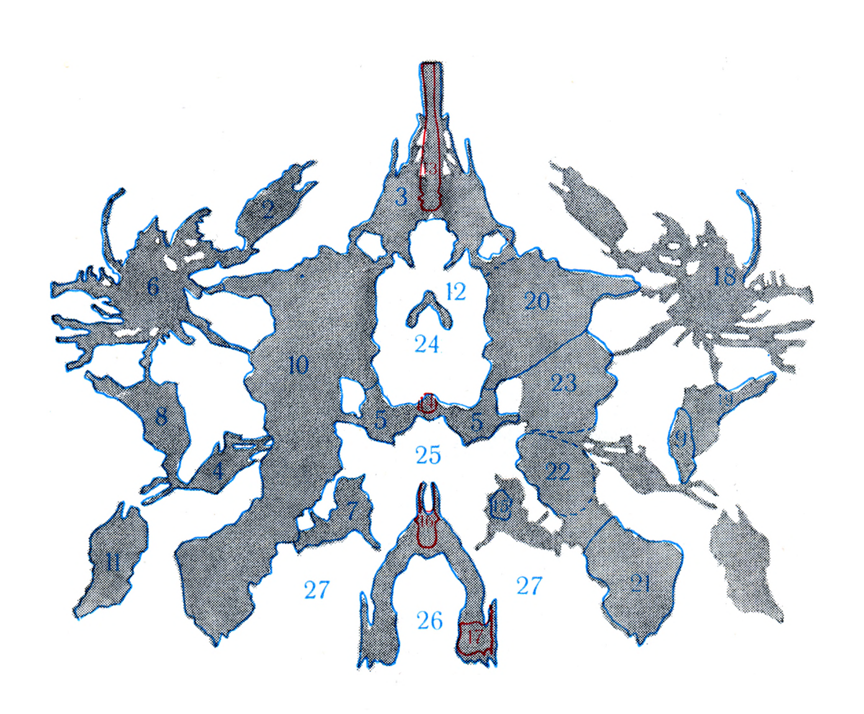
D — 1, 2, 3, 11 («профиль», не обозначенный номером Dd), 16 (с или без 17).

Dd — 5 (если не Do), 6, 7, 8 (почти всегда в положении «b» или «d»), 9 (почти всегда в положении «b» или «d»), 10, 12 (почти всегда в положении» «b» или «d»), 13, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 24, 25, 26.

S — 4, 4 + 17.

DrS — 20, 22, 23.

Таблица X



D — 1, 1 — 16, 2, 3, 3 — 13, 4, 4 + 9, 5 (с или без 14), 6, 7, 8 (с или без 9), 10, 11, 12, 20.

Dd — 9, 13, 14, 15, 16 (почти всегда в положении «с»), 17, 18, 19, 21 (почти всегда в положении «с»), 22, 23 (почти всегда в положении «с»).

S — 24, 25, 26, 24+25+27, 24+25+26+27 (почти всегда в положежении «с»).

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Краткая характеристика основных проективных методов исследования личности

В настоящее время в практике психологических исследований используется весьма значительное количество проективных методов, направленных на изучение личности, ее отдельных проявлений Поэтому мы предлагаем читателю небольшую сводку наиболее известных методов Нетрудно заметить, что во многих из нижеописанных методов были реализованы принципы одного из старейших проективных методов — тематического апперцепционного теста Многие методы основываются на анализе спонтанной или направленной изобразительной деятельности Наконец, заметим, что определенные элементы проективности могут быть найдены едва ли не в любой экспериментальной процедуре Поэтому иногда методы, не разрабатываемые первоначально как проективные, используются в качестве таковых, например визуально-моторный гештальт-тест Bender

Тематический апперцепционный тест (Thematic Apperception Test, TAT) создан Murray и Morgan (1935) в Гарвардской психологической клинике Стимульный материал состоит из 29 ахроматических изображений одного или двух лиц и одной белой таблицы, на которой путем воображения может быть представлена любая картина-ситуация Если число персонажей два и более, они представлены в процессе взаимодействия друг с другом Как отмечает Murray, метод основывается на том, что индивидуум, интерпретируя неопределенную социальную ситуацию, в процессе ее осмысления, оценки проявляет черты, характеризующие его личность

Каждому обследуемому в зависимости от пола и возраста (мальчики и девочки, мужчины и женщины) в ходе эксперимента в определенной последовательности предъявляют 20 картин Обычно исследование проводят в два этапа, по 10 картин в один сеанс Испытуемому предлагают придумать небольшую связную историю по каждому изображению так, чтобы осветить три момента что привело к ситуации, изображенной на картине, что происходит в настоящее время, чем эта ситуация окончится В зависимости от целей эксперимента обследуемому можно предложить рассказать о том, что делают действующие лица истории, что думают, какова их профессия и т д

Murray рекомендует при интерпретации результатов исходить из главной темы, позволяющей сделать выводы о потребностях обследуемого и оказываемых на него «давлениях» Исходя из этого можно перейти к заключениям об основных динамических характеристиках личности испытуемого В дальнейшем появилось множество схем анализа получаемых результатов, а также способов предъявления материала и регистрации данных Наряду с этим существуют разнообразные модификации используемых стимулов, предназначенные для обследования разнообразных контингентов испытуемых

Аудиторный апперцептивный тест (Auditory Apperception Test, AAT) предложен в 1950 г Stone, который полагал, что метод бази-

руется на той же теоретической основе, что и ТАТ Материал теста состоит из пяти звукозаписей (45 об/мин) Записаны звуки ветра, пишущей машинки, рожка и др Всего используют 10 наборов по три типа звуков в каждом Испытуемому после прослушивания каждого из наборов предлагают составить рассказ с привлечением услышанного В рассказе следует указать какие события привели к возникновению звуков, что происходит в данный момент, чем это закончится

Метод особенно рекомендуется для обследования слепых, используется как для индивидуальных, так и для групповых экспериментов

Трехмерный апперцептивный тест (Three-dimensional Apperception Test) опубликован в 1947 г Twitchell Allen, который в качестве материала использовал аморфные трехмерные объекты небольшого размера (28 пластичных неопределенных объектов — от геометрических до более обобщенных, характерных для органического мира, наконец, более конкретных — человека и животных) Исследование проводят в два этапа 1) выбор объектов и составление о них рассказа, 2) предъявление объектов с просьбой их описания

Предполагают, что в решении заданий участвуют тактильные, кинестетические и гаптические ощущения, т е факторы, ранее не учитывавшиеся в проективных методах Этот метод может быть использован для обследования слепых (существует интересная модификация процедуры исследования — наложение зрячим на глаза повязки)

Тест четырех картин (Four Picture Test, FPT) опубликован в 1948 г Van Lennep и состоит из четырех цветных малоформатных нечетких картин Изображены следующие ситуации 1) человек с другим человеком, 2) человек в одиночестве, 3) человек социально одинок, 4) человек в группе лиц Эти картины раскладывают в определенном порядке, а обследуемый должен скомбинировать их по своему усмотрению

По мнению автора, полученный с помощью FPT материал отражает аттитюды испытуемых, их отношение к жизни Метод позволяет сделать заключения об отношениях субъекта с окружением, его способностях, самооценке, социальной среде, в которой он находится, а также провести формальный анализ последовательности, в которой при составлении истории используются картины

Тест составления картины и рассказа по ней (Make-A-Picture-Story Test, MAPS) предложен в 1947 г Shneidman и представляет собой вариант ТАТ, где «фон» и «фигуры» демонстрируются испытуемому отдельно Задание заключается в том, чтобы к фону присоединить определенные (вырезанные) фигуры, составив картину, и описать, как в ТАТ, созданную ситуацию

Материал метода состоит из 22 изображений фона с различной тематикой (жилая комната, уличная сцена, спальня и др) и 67 различных фигур (животных, взрослых и детей, легендарных персонажей и др) Рисунки с изображением фона предъявляются испытуемому по одному, в то время как все 67 фигур находятся перед ним Выбор фигур регистрируют в каждом случае Это позволяет при интерпретации результатов не только учесть рассказанную обследуемым историю, но и провести количественный анализ выбора и размещения фигур В литературе описаны обследования с помощью MAPS детей и подростков

Тест размещения картин (Picture Arragement Test, PAT) предложен Tomkins (1957), который попытался объединить в своем исследовании проективный и психометрический подход. Материал теста состоит из 5 планшетов, каждый с тремя рисунками, изображающими определенные действия человека. Испытуемому предлагают расположить рисунки в той последовательности, которую он считает нужной, а затем рассказать, что изображено.

При толковании учитывают комментарии обследуемого и порядок расположения рисунков. Разработаны нормы для здоровых и психически больных. Можно использовать метод как групповой.

Тест исследования реакций на фрустрацию (Picture Frustration Study, PF — Study) разработан Rosenzweig в 1945 г. и является одним из наиболее узких по своей направленности проективных методов. Испытуемому предлагают 24 рисунка, на которых изображены лица, находящиеся во фрустрационной ситуации преходящего типа. Персонаж, изображенный слева, произносит слова, которыми описывается собственная фрустрация или фрустрация другого индивида. Над персонажем, изображенным справа, находится пустой квадрат, в который обследуемый должен вписать свой ответ. Персонажи изображены схематично, без индивидуальных черт и мимики.

При оценке результатов учитывают направленность ответа (интропунитивная, экстрапунитивная, импунитивная) и его тип (препятственно-доминантный, самозащитный, необходимостно-упорствующий). Комбинации типа и направленности ответов позволяют получить девять факторов оценки. Метод позволяет также определить степень социальной адаптации индивидуума. Существует вариант PF—Study для детей. Возможно не только инвидуальное, но и групповое обследование.

Тест рисунка человека (Draw-A-Person Test, DAP) возник в 1948 г. на основе известного способа определения интеллектуального уровня детей по особенностям изображения ими человека (Goodenough, 1926). Предложен Machover как проективный метод в основном для оценки психодинамики, связанной с представлением испытуемого о себе и своем теле.

Задача обследуемого — нарисовать человека. После того как первый рисунок готов, ему предлагают изобразить человека противоположного пола. В заключение можно предложить рассказать историю о каждом нарисованном. Автором составлены два списка вопросов о нарисованных фигурах — один для взрослых, другой для детей. Вопросы касаются возраста, образования, семейного положения и т. п. Существует несколько вариантов этого метода.

Тест Szondi опубликован в 1947 г. и назван по имени автора, венгерского психолога. Теоретической основой метода является генетический детерминизм. По мнению автора, основное назначение метода заключается в исследовании родовых бессознательных черт и характеристик, связанных с организацией рецессивных генов. Однако возможно использование метода и вне связи с ошибочными теоретическими построениями Szondi.

Тест состоит из 48 карточек с портретами психически больных (гомосексуализм, садизм, эпилепсия, истерия, кататоническая шизофрения, параноидная шизофрения, депрессия и мания). Эти карточки разделены на шесть групп, по восемь в каждой (по одному портрету от каждой категории больных). Испытуемому предлагают выбрать в каждой группе портретов два наиболее и два наименее

понравившихся. При интерпретации исходят из положения, что если четыре или более портретов одной категории больных получили благоприятную (или неблагоприятную) оценку обследуемого, то у него следует предполагать наличие симптомов определенного заболевания. Для получения устойчивых характеристик обследование рекомендуют проводить не менее шести раз.

Методы завершения неоконченных предложений (Sentence — completion techniques, SCT) являются развитием ассоциативного эксперимента и имеют давнюю историю в психологических исследованиях.

Обследуемым предлагают «смысловой стержень» предложения — одно или несколько слов, которые требуется дополнить, завершить (иногда первой пришедшей на ум мыслью, иногда предлагают тщательно обдумать ответ, выбрать наиболее удачный). Предполагается, что в ответах отражаются аттитюды, мотивы и конфликты испытуемых. Существует значительное число вариантов SCT, но наиболее распространенными являются предложенные Rotter, Sachs и Rohde.

Принцип «вербального завершения» послужил основой для создания многих широко известных методов исследования личности (например, метода завершения повествований и др.).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Алексеев Н. Тест. — Философская энциклопедия. Т. 5. М., «Советская энциклопедия», 1970, с. 227.

Ананьев Б. Г., Дворяшина М. Д., Кудрявцева Н. А. Индивидуальное развитие человека и константность восприятия. М., Просвещение, 1968, с. 9—39.

Андреев М. П., Менделевич Д. М. О клинической адаптации метода Роршаха. — В сб.: Некоторые вопросы невропатологии и психиатрии. Казань, 1963, с. 27—31.

Баркалаия А. Л. Некоторые особенности восприятия при психозах. — В сб.: Психологические исследования. Тбилиси, Мецниереба, 1971, т. 2, с. 147—153.

Бассин Ф. В. О «силе «Я» и «психологической защите». — Вопросы философии, 1969, № 2, с. 118—125.

Бассин Ф. В. Проблема бессознательного. М., Медицина, 1968, 468 с.

Бежанишвили Б. И. Исследование эмоционально-волевой сферы психически больных методом Роршаха. — В сб.: Психологические исследования. Тбилиси, Мецниереба, 1966, с. 206—209.

Белая И. И. Методика Роршаха и ее применение при исследовании больных эпилепсией. Методические рекомендации. М., 1978, 75 с.

Белая И. И., Торба В. А. Об особенностях перцептивной деятельности у больных эпилепсией с преимущественным поражением левого и правого полушарий мозга. — Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1978, № 4, с. 570—575.

Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Рожанец Р. В. Методика многостороннего исследования личности в клинической медицине и психогигиене. М., Медицина, 1976, 186 с.

Беспалько И. Г. Методика Роршаха при маниакально-депрессивном психозе. — В сб.: Проблемы медицинской психологии. Л., Медицина, 1976, с. 139—141.

Блейхер В. М. Клиническая патопсихология. Ташкент, Медицина, 1976, с. 326.

Блейхер В. М., Бурлачук Л. Ф. О некоторых теоретических концепциях проективных методов исследования личности в зарубежной психологии и патопсихологии. — Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1972, № 5, с. 757—762.

Блейхер В. М., Бурлачук Л. Ф. Психологическая диагностика интеллекта и личности. Киев, Вища школа, Головное изд-во, 1978, с. 142.

Бодалев А. А. Формирование понятия о другом человеке как личности. Л., Изд-во Ленингр. ун-та, 1970, с. 121.

Болдырев А. И. Эпилепсия у взрослых. М., Медицина, 1971, с. 241.

Бурлачук Л. Ф. Исследование связи особенностей перцептивной деятельности с клиническими характеристиками больных эпилепсией. — Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1975, № 8, с. 1202—1206.

Бурлачук Л. Ф. О проекции как принципе построения методов исследования личности. — Вопросы диагностики психического развития (тезисы симпозиума). Таллин, 1974, с. 33—34.
Буянов М. И. Роршах (к 90-летию со дня рождения). — Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1976, № 11, с. 1728—1729.
Вачнадзе Э. А. К исследованию своеобразия больных шизофренией методом Роршаха. — В сб.: Вопросы психологии (материалы 2-й Закавказской конференции психологов). Ереван, 1960, с. 124.
Вачнадзе Э. А. Роль фиксированной установки в исследовании воображения больных шизофренией методом Роршаха. — В сб.: Экспериментальные исследования по психологии установки. Тбилиси, Мецниереба, 1970, т. IV, с. 18—22.
Вачнадзе Э. А. Некоторые особенности рисунка душевнобольных. Тбилиси, Мецниереба, 1972, 59 с.
Вейн А. М., Власова П. И. Эмоциональные расстройства при поражении глубинных структур мозга. — В сб.: Заболевания сердечно-сосудистой нервной систем и болезни обмена веществ. М., Медицина, 1966, с. 196—201.
Вейн А. М., Власова П. И., Колосова О. А. К вопросу об особенностях структуры личности при патологии лимбико-ретикулярного комплекса. — В сб.: Клинико-психологические исследования личности. Л., 1971, с. 19—23.
Выготский Л. С. Избранные психологические исследования. М., Изд-во АПН РСФСР, 1956, 519 с.
Гаккебуш В. М., Фундылер Р. И., Смирнова Е. А. Новое в симптоматологии генуинной эпилепсии. — Современная психоневрология, 1928, т. VII, № 11, с. 315—322.
Гальперин П. Я. Основные результаты исследований по проблеме «Формирования умственных действий и понятий». Автореф. дис. ... д-ра психол. наук. М., 1965.
Зейгарник Б. В. Патология мышления. М., Изд-во Моск. ун-та, 1962, 244 с.
Зейгарник Б. В. Введение в патопсихологию. М., Изд-во Моск. ун-та, 1969, 172 с.
Зейгарник Б. В., Рубинштейн С. Я. О некоторых дискуссионных вопросах патопсихологии. — Вопросы психологии, 1970, № 1, с. 121—127.
Зейгарник Б. В. Личность и патология деятельности. М., Изд-во Моск. ун-та, 1971, 100 с.
Карвасарский Б. Д., Иовлев Б. В. О значении экспериментально-психологических методов исследования личности для клиники неврозов. — В сб.: Клинико-психологические исследования личности. Л., 1971, с. 43—47.
Карпов П. И. Творчество душевнобольных и его влияние на развитие науки, искусств и техники. М., Госиздат, 1926, 200 с.
Касаткин В. Н. Теория сновидений. Л., Медицина, 1972, 328 с.
Коган В. М., Роговин М. С. Прожективные методы в современной зарубежной психологии личности и патопсихологии. — Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1964, № 4, с. 621.
Контридзе Ф. М., Местиашвили М. Г., Циладзе С. В. О своеобразии некоторых структурных предпосылок личности у больных шизофренией. — Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1975, № 9, с. 1365—1368.

Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики. М., Изд-во АПН РСФСР, 1959, 495 с.
Лурия А. Р. Ощущение и восприятие (материалы к курсу лекций по общей психологии), вып. 2. М., Изд-во Моск. ун-та, 1975, с. 72—80.
Лысков Б. Д. Клиника и структура личностных изменений (синдром снижения уровня личности) при прогредиентных психозах. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1973.
Любимов И. С. Практикум по экспериментальной психологии. М., 1936, с. 115—122.
Материалы IV Всесоюзного съезда общества психологов. Тбилиси, Мецниереба, 1971, с. 839—902.
Мацкевич А. Н. К методике отыскания скрытого патологического комплекса по методу Роршаха. — В сб.: Вопросы общей и социальной психоневрологии. Труды Украинск. психоневрол. ин-та, Харьков, 1930, вып. XV, с. 44—51.
Мелешко Т. К. Особенности процесса сравнения у больных шизофренией. — Журнал невропатологии и психологии им. С. С. Корсакова, 1966, № 1, с. 109—115.
Менделевич Д. М. Дифференциально-диагностические данные анализа бредовых психозов предстарческого возраста. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Казань, 1966.
Мерлин В. С. Проблемы экспериментальной психологии личности (главы из книги). — В сб.: Проблемы экспериментальной психологии личности. Уч. записки Пермского пед. ин-та, Пермь, 1970, т. 77, с. 8—212.
Мерлин В. С. Лекции по психологии мотивов человека. Пермь, 1971, с. 29—30.
Морозов В. М. Об одном типе эпилептического слабоумия. — Журнал им. С. С. Корсакова, 1967, № 7, с. 1070.
Морозов Г. В., Кабанов М. М., Лебединский М. С. О применении в клинике психологических тестов. — Журнал им. С. С. Корсакова, 1974, № 8, с. 1275.
Мясищев В. Н. и др. Методы исследования личности за рубежом. — В сб.: Исследование личности в клинике и в экстремальных условиях. Труды психоневрол. ин-та им. Бехтерева, 1969, т. 50, с. 69—96.
Норакидзе В. Г. Методы исследования личности подростка. — В сб.: Экспериментальные исследования по психологии установки. Тбилиси, Мецниереба, 1971, т. 5, с. 132—160.
Норакидзе В. Г. Методы исследования характера личности. Тбилиси, Мецниереба, 1975, 243 с.
Норакидзе В. Г. Пути исследования личности. — В сб.: Психологические исследования. Тбилиси, Мецниереба, 1973, с. 283—289.
Петрова А. Е. Психологическая классификация личностей. М., 1927, с. 58—88.
Поляков Ю. Ф. Некоторые особенности мышления больных шизофренией. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1962.
Поляков Ю. Ф. Исследования нарушений психических (познавательных) процессов. — В сб.: Шизофрения. Клиника и патогенез. М., Медицина, 1969, с. 199—250.
Поляков Ю. Ф. Патология познавательных процессов. — В сб.: Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование. М., Медицина, 1972, с. 225—277.
Практикум по психологии. М., Изд-во Моск. ун-та, 1972, с. 230—236.

Рубинштейн С. Л. Бытие и сознание М., Изд-во АН СССР, 1957, 328 с.
Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. М., Медицина, 1970, 216 с.
Рыбаков Ф. Е. Атлас для экспериментально-психологического исследования личности с подробным описанием и объяснением таблиц. М., 1910.
Савенко Ю. С. Диагностическая значимость метода Роршаха. — В сб.: Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. Л., 1976, с. 107—108.
Савенко Ю. С. (выступление.) — Сб. Личность (материалы обсуждения проблем личности на симпозиуме, состоявшемся 10—12 марта 1970 г. в Москве). М., 1971, с. 92.
Савенко Ю. С. Письмо в редакцию. — Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1972, № 11, с. 1756.
Савенко Ю. С. Тревожные психотические синдромы. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1974, с. 38.
Савенко Ю. С., Дукаревич М. З. Взаимоотношение невротической и психотической тревоги по данным прожективных методик. — В сб.: Вопросы патопсихологии. Труды/Моск. НИИ психиатр. МЗ РСФСР. М., 1970, т. 62, с. 215—216.
Соколов Э. В. Культура и личность. Л., Наука, 1972, с. 142—156.
Соколова Е. Т. Мотивация и восприятие в норме и патологии. М., Изд-во Моск. ун-та, 1976, 128 с.
Станишевская Н. Н. К вопросу о методах психологического исследования личности в условиях травмирующей ситуации. — В сб.: Проблемы личности. М., 1969, с. 242—250.
Станишевская Н. Н. Проблема отношений и установки в клинике судебно-психиатрической экспертизы. — В сб.: Понятия установки и отношения в медицинской психологии. Тбилиси, Мецниереба, 1970, с. 208—213.
Станишевская Н. Н. Опыт психологического исследования личности в клинике реактивных состояний. — В сб.: Клинико-психологические исследования личности. Л., 1971, с. 193—197.
Станишевская Н. Н., Гульдан В. В. Использование теста Роршаха в экспертной практике. — В сб.: Психологические исследования в практике врачебно-трудовой экспертизы. Труды/ЦИЭТИН. М., 1972, вып. 3, с. 41—50.
Теплов Б. М. Психология. М., Учпедгиз, 1948.
Узнадзе Д. Н. Экспериментальные основы психологии установки. Тбилиси, Мецниереба, 1961. с. 40.
Фрумкин Я. П., Завилянский И. Я. Эпилептические психические расстройства и их отграничение. — В сб.: Эпилепсия. Вопросы этиологии, патогенеза, клиники, классификации, лечения и экспертизы. М., 1964, т. 2, с. 239—246.
Фундылер Р. И., Смирнова Е. И. Особенности восприятия психастеников. — Сб. трудов Киевского гос. психоневрол. ин-та, Киев, 1930, т. 2, ч. 3, с. 329—343.
Циладзе С. В. О месте и значении проекционных методов в изучении личности. — В сб.: Проблемы личности. М., 1969, с. 194—197.
Ядов В. А. Социологическое исследование (методология, программа, методы). М., Наука, 1972, с. 174.

Adcock C. J. A Factorial Approach to Rorschach interpretation — J. Gen. Psychol., 1951, v. 44, p. 261.

Ainsworth M. D. Some Problems of Validation of Projective Techniques — Brit. J. Med. Psychol., 1951, v. 24, p. 151.
Allen R. M., Richer H. M., Plotnik R. J. A study of introversion-extroversion as a personality dimension. — Genetic Psychol. Monogr., 1964, v. 69, p. 297—322.
Baker L. M., Harris J. S. The Validation of Rorschach Test Results against Laboratory Behavior. — J. Clin. Psychol., 1949, v. 5, p. 161.
Barclay A., Hilden A. H. Variables related to duration of individual psychotherapy. — J. Proj. Tech., 1961, v. 25, p. 268—271.
Beck S. J. Personality structure in schizophrenia: a Rorschach investigation in eighty-one patients and sixty-four controls.— Nerv. ment. Dis. Monogr., 1938, No. 63.
Beck S. J. Rorschach Test. Vol.: I, II, III, New York. Grune und Stratton, 1944, 1945, 1952.
Beck S. J. The Rorschach test as applied to a feebleminded group. — Arch. Psychol., 1932, v. 3, p. 71—74.
Bell J. Projective techniques. New York, Longmans, Green, 1948.
Benjamin J. D., Ebaugh F. G. The Diagnostic Validity of the Rorschach Test.— Am., J. Psychiat., 1938, v. 94, p. 1163—1178.
Bilikiewicz T. Psychiatria kliniczna, Warszawa, PWN, 1963, S. 615—621.
Bills R. E. Self concepts and Rorschach signs of depression. — J. Consult. Psychol., 1954, v. 18, p. 135—137.
Binder H. Die Helldunkeldeutungen im psychodiagnostichen Experiment von Rorschach. Schweiz. Arch. Neurol. und Psychiat., 1933, bd. 30, S. 279.
Bleuler E. Аффективность, внушаемость и паранойя. Одесса, 1929, с. 28—47.
Bohm E. Manual del Psicodiagnóstico de Rorschach. Madrid, Ediciones Morata, 1968, 559 p.
Bovet T. Der Rorschachversuch bei verschiedenen Formen von Epilepsie. — Schweiz. Arch. Psychiatr., 1936, bd. 37, S. 156—157.
Broekmann N. C. A psychophysiological investigation of the Rorschach colour and form determinants. — J. Proj. Tech & Personality Assessment, 1970, v. 34 (2), p. 98—103.
Bruner J. S. Психология познания /Пер. с англ. М., Прогресс, 1977, с. 13—130.
Bruner J. S., Goodman C. Value and Need as organizing factors in perception. — J. of Abnormal and Social Psychology, 1947, v. 42, p. 33—44.
Brunn R., Brunn W. Die Epilepsie im Rorschachschen Formdeutversuch. — Arch. f. Psychiatr. und Ztschr. f. Neurol., 1950, bd. 184, S. 448—545.
Brüssel J. A., Hitch K. S. The Rorschach Method and its Uses in Military Psychiatry. — Psychol. Quart., 1942, v. 16, p. 3.
Cox S. M. A Factorial Study of the Normal and Maladjusted Boys. — J. Genet. Psychol., 1951, v. 79, p. 96.
Crumpton E. The influence of color on the Rorschach test. — J. Proj. Tech., 1956, v. 20, p. 150—158.
Delay J., Pichot P., Lempérière T., Persé J. Le test de Rorschach et la personnalité épileptique. Paris, PVF, 1955.
Delay J., Pichot P., Persé J. Le test de Rorschach et le diagnostic de la schizophrénie. — Beih. Schweiz. Z. Psychol. Anwend. Suppl, 1958, v. 35, p. 66—83.
Drey-Fuchs Ch. Der Fuchs-Rorschach-Test. Göttingen, 1958.

Eichler R. M. Experimental Stress and Alleged Rorschach Indices of Anxiety. — Journal. Abnorm. and Soc. Psychol., 1951, v. 46, p. 344.
Eidelberg L. (ed.) Encyclopedia of Psychoanalysis. N. Y., Free Press, 1968, p. 331.
Ellenberger H. The Life and Work of Hermann Rorschach (1884—1922). — Bul. of the Menniger Clinic, 1954, v. 18, No. 5.
Eriksen C. W. Needs in perception and projective techniques.— J. Proj. Tech., 1954, v. 13, p. 435—440.
Eysenck H. J. Fragebogen als Messmittel der Persönlichkeit. — Z. f. exp. u. ang. Psychol., 1953, No 1, S. 291—335.
Eysenck H. J. Sense and Nonsense in Psychology. Penguin Books Ltd., Baltimora, 1957.
Feshbach S., Singer R. The Effects of Fear Arousel and Suppression Fear upon Social Perception. — J. of Abnorm. and Social Psychol., 1957, v. 55, p. 283—288.
Fisher S. Rorschach patterns in conversion histeria. — J. Proj. Tech., 1951, v. 15, p. 98—108.
Fraisse P. Развитие экспериментальной психологии. — В сб.: Экспериментальная психология, вып. 1, 2 /Пер. с франц. М., Прогресс, 1966, с. 84.
Frank L. K. Projective methodes for the study of personality. — J. Psychol., 1939, No. 8, p. 389—415.
Frank L. Projective methods. Chicago, 1948, p. 86.
Frenkel-Brunswik E. Mechanisms of Self-Deception. — J. of Social Psychol., 1939, v. X, p. 409—420.
Freud S. Тотем и табу (психология первобытной культуры и религии).— Психологич. и психоаналитич. б-ка, вып. VI. Москва—Петроград, Госиздат (без указ. года), 171 с.
Fromm E., Maccoby M. Social Character in a Mexican Village. A Sociopsychoanalytic study. New York, Engleewood Cliffs, Prentice-Hall, 1970, 304 p.
Garfield S. I. The Rorschach Test in Clinical Diagnosis. — J. Clin. Psychol., 1947, v. 3, p. 375.
Gastaut H., Roger J., Lesèvre N. Differenciation psychologique des èpileptiques en fonction des formes electrocliniques de leur maladie. — Rev. Psychol. Appl., 1953, N 3, p. 237—249.
Gluck M. R. The relationship between hostility in the TAT and behavioral hostility. — J. Proj. Tech., 1955, v. 19, p. 21—26.
Gorlow L., Zimet C. N., Fine H. J. The validity of anxiety and hostility Rorschach content scores among adolescents.— J. Consult. Psychol., 1952, v. 16, p. 73—75.
Guilford J. Personality. New York. McGraw-Hill. 1959, p. 313.
Guirdham A. On the Value of the Rorschach Test. — J. Ment. Sci., 1935, v. 81, p. 848—869.
Halpern J. Projection: A test of the Psychoanalytic Hypothesis. — J. of Abnorm. Psychol., 1977, v. 86, p. 536—542.
Harrower M. Differential Diagnosis.— In: Handbook of clinical psychology. N. Y., McGraw-Hill, 1965, p. 381—402.
Harrower-Erickson M. Personality changes accompanying cerebral lesions. II. Rorschach studies of patients with focal epilepsies. — Arch. Neurol. Psychiatr., 1940, v. 43, p. 1081—1107
Härtel R., Ederle W. Genuine und symtomatologische Epilepsie im Rorschachschen Formdeutversuch. — Ztschr. f. d. ges. Neurol. und Psychiatr., 1943, bd. 176, S. 640—670.

Hertz M. R. Personality patterns in adolescence as portrayed by the Rorschach Ink-Blot methods. — J. Gen Psychol., 1943 a, v. 28, p. 225—276.
Hertz M. R. The Rorschach Ink-Blot Test: Historical Summary. — Psychol. Bull., 1935, v. 32, p. 33.
Hertz M. R. The Rorschach Method: Science or Mystery. — J. Consult. Psychol., 1943 b, v. 7, p. 67.
Hertz M. R. Validity of the Rorschach Method.— Am. J. Orthopsychiat., 1941, v. 11, p. 512.
Hertz M. R., Baker E. Personality Patterns in Adolescence as Portrayed by the Rorschach Ink- Blot Method: II. The Color Factor. — J. of Gener. Psychol., 1942, v. XXVII, p. 119.
Hertz M. R., Loehrke L. M. Application of the Piotrowski and the Hughes sings of organic defect to a group of patients suffering from posttraumatic encephalopathy. — J. Proj. Tech., 1954, v. 18, p. 183—196.
Hertz M. R., Rubenstein B. B. A Comparison of Three «Blind» Rorschach Analyses.— Am. J. Orthopsychiat., 1939, v. 9, p. 295.
Holtrman W. H., Iscoe J., Calvin A. D. Rorschach colos responses and manifest anxiety in college women. — J. Consult. Psychol., 1954, v. 18, p. 317—324.
Hörmann H. Theoretische Grundlagen der projektiven Tests. Handbuch der Psychologie, Bd. 6, Göttingen, Verlag für Psychologie, 1966, S. 71—112.
Hsü E. H. The Rorschach responses and factor analysis. — The J. of Gener. Psychology, 1947, v. 37, p. 129—138.
Hunter M. The Practical Value of the Rorschach Test in a Psychological Clinic. — Am. J. Orthopsychiat., 1939, v. 9, p. 287.
Kagan J., Mussen P. H. Dependency themes of the TAT and group conformity. — Journal. Consult. Psychology., 1956, v. 20, p. 29—32.
Kelly E. L., Fiske D. W. The Prediction of Success in V. A. Trainig Programme in Clinical Psychology.— Am. J. Psychol., 1950, № 5, p. 395.
Kenny D. T. Stimulus functions in projective techniques. — In: Progress in experimental personality research, New York and London, Academic Press, v. I, 1964, p. 285—345.
Klopfer B., Kelley D. The Rorschach Technique. New York, World Book Company, 1942.
Klopfer B. et al. Developments in the Rorschach Techique. Vol.: I, II, III, New York, World Book Company, 1954, 1956, 1970.
Kreutz M. Metody wspolszesnej psychologii. Warszawa, PZWS, 1962, S. 176.
Lang A. Rorschach-Bibliographie 1921—1964. Huber, Bern, 1964. 191 S.
Lazarus R. Adjusiment and Personality. New York, Mc Graw-Hill, 1961, p. 404.
Lazarus R. McCleary R. Autonomic discrimination without awareness: an experiment on subception. — Psychol. Rev., 1951, v. 58, p. 113—122.
Levine R., Chein J., Murphy G. The relation of the intensity of a need to the amount of perceptual distortion: a preliminary report. — J. Psychol., 1942, v. 13, p. 283—293.
Levy H., Orr T. B. The social psychology of Rorschach validity research. — J. Abnorm. Soc. Psychol., 1959, v. 58, p. 79—83.

Lindzey G. On classification of projective techniques. — Psychol. Bul., 1959, No. 2, p. 159—168.
Lindzey G. Projective techniques and cross-cultural research. New York, Appleton, 1961, p. 45.
Loosli-Usteri M. Manuel pratique du Test de Rorschach. Paris, Hermann, 1962, 187 p.
Massignan L. Epilepsia e Rorschach. — Riv. Patol. nerv. e. ment., 1953, v. 74, s. 3—69.
McClelland D., Atkinson J. The projective expression of needs.— J. Psychol., 1948, v. 25, p. 205—222.
McFarlane J. W. Problems of Validation Inherent in Projective Methodes. — Am. J. Orthopsychiat., 1942, v. 12, p. 405—411.
McGinnies E. Emotionality and perceptual defence. — Psychol. Rev., 1949, v. 16, p. 244—251.
Meili R. Lehrbuch der Psychologischen Diagnostik. Bern, Huber, 1961, 465 S.
Miale F. R., Clapp H., Kaplan A. H. Clinical Validation of a Rorschach Interpretation. — Rorschach Res. Exch., 1938, v. 2, p. 153.
Miale F. R., Harrower M. Personality structure in the psychoneuroses. — Rorschach Res. Exch. 1940, v. 4 (1), p. 8—25.
Michael J. C., Bühler C. Experiences with Personality Testing in a Neuropsychiatric Department of a Public General Hospital. — Dis. Nerv. Sys., 1945, v. 6, p. 205.
Morgan Ch. D., Murray H. A. A method for investigating fantasies: the Thematic Apperception Test. — Arch. Neurol. Psychiat., 1935, v. 34, p. 289—306.
Morgenthaler W. Introducción a la técnica del Psicodiangnóstico de Rorschach.— In: Rorschach H. Psicodiagnóstico. Habana, Edición Revolucionaria, 1967, p. 209.
Munroe R. An Experiment in Large Scale Testing by a Modification of the Rorschach Method.— J. Psychol., 1942, v. 13, p. 229—263.
Munroe R. Use of the Rorschach in College Counseling. — J. Consult. Psychol., 1943, v. 7, p. 89.
Murray H. A. Explorations in Personality: a clinical and experimental study of fifty men of college ade. New York, Oxford Univer. Press, 1938.
Murray H. A. Thematic Apperception Test Manual. Cambridge, Harvard Univer. Press, 1943, 20 p.
Murstein B. J., Pryer R. S. The concept of projection: a review. — Psychol. Bull.. 1959, v. 56, p. 353—374.
Pacella B. L., Piotrowski Z., Lewis N. The effect of electric convulsive therapy on certain personality traits in psychiatric patients. — The Am. J. of Psychiat., 1947, v. 104 (2), p. 83—91.
Palmer J. O. A dual approach to Rorschach validation. — Psychol. Monogr., 1951, v. 8, p. 1—27.
Palmer J. O. Attitudinal correlates of Rorschach Experience Type. — J. Proj. Tech., 1956, v. 20, p. 207—211.
Piotrowski Z. A. Blind Analysis of Case of Compulsion Neurosis. — Rorschach Res. Exch., 1937—1938, v. 2, p. 89.
Piotrowski Z. A. In discussion of paper by Benjamin and Ebaugh. — Am. J. Psychiat., 1938, v. 94, p. 1176.
Piotrowski Z. A. Perceptanalysis: a fundamentally reworked expanded and systematized Rorschach method. New York, The Macmillan Company, 1957, 420 p.

Piotrowski Z. A. Positive and negative Rorschach organic reactions. — Rorschach Res. Exch., 1940, v. 4, p. 147—151.
Piotrowski Z. A. The Rorschach inkblot method. — In: Handbook of clinical psychology. New York, McGranw Hill, 1965, p. 522—561.
Piotrowski Z. A. The Rorschach inkblot method in organic disturbances of the central nervous system. — J. nerv. ment. Dis., 1937, v. 86, p. 525—537.
Piotrowski Z. A. The Rorschach Method as a Prognostic Aid in the Insulin Shock Treatment of Schizophrenics. — Psychiat. Quart., 1941, v. 15, p. 807—822.
Piotrowski Z. A., Rock M., Grela J. The perceptanalytic executive scale: a tool for the selection of top managers. New York, Grune and Stratton, 1963.
Piotrowski Z. A., Schreiber M. Rorschach perceptanalytic measurement of personality changes during and after intensive psychoanalytically oriented psychotherapy. — In: Specialized techniques in psychotherapy. New York, Basic Books, 1952, p. 337—361.
Pompilo P. T. The personality of epileptics as indicated by the Rorschach test: a comparison with neurotic subjects. Catholic University Thesis, 1951, 25 p.
Porot M. L'enfant et les relations familiales. Paris, PUF, 1967, p. 225—246.
Rabin A., Haworth M. (ed.) Projective techniques with children. New York, Grune und Stratton, 1960, p. 8.
Rapaport D., Gill M., Schafer R. Diagnostic psychological testing: the theory, statistical evaluation and diagnostic applicaton of a battery of test. Chicago, Year Book Publ., 1946, v. 11. 516 p.
Rickers-Ovsiankina M. The Rorschach test as applied to normal and schizophrenic subjects. — Brit. J. Med. Psychol., 1938, v. 17, p. 227—257.
Rockwell F., Welch L., Kubis J., Fisichelli V. Changes in palmar skin resistance during the Rorschach test. I. Color shock and psychoneurotic reaction. — Mschr. Rev. Psychiat. Neurol., 1947, v. 113, p. 129—153.
Rorschach H. Psychodiagnostics (7th ed). New York, Grune and Stratton, 1969, 228 p.
Rosenzweig S. Outline of a Co-operative Project for Validating the Rorschach Test. — Amer. J. Orthopsychiat., 1935, v. 5, 121 p.
Ross W. D. The contribution of the Rorschach method to clinical Diagnosis. — J. Ment. Sci., 1941, v. 87, p. 333—348.
Ruesch J. and Finesinger J. E. The relation of the Rorschach color response to the use of color in drawings. — Psychosom. Med., 1941, v. 3, p. 370—388.
Sargent H. Projective methods: Their origins, theory and application in personality research. — Psychol. Bull., 1945, v. 42, p. 257—293.
Schafer R. Psychoanalytic interpretation in Rorschach testing: theory and application. New York, Grune and Stratton, 1954.
Schenk V. W. Der Formdentversuch (Rorschach) bei organischen Hirnerkrankungen. — Psychiat. Neurol. Bladen, 1938, Bd. 42.
Schneider E. Eine diagnostische Untersuchung Rorschachs auf Grund der Helldunkeldentungen ergänzt. — Z. f. Neurol., 1937, bd. 159, S. 1—10.
Schwarz W. Correlation between the Rorschach test and the Lindberg Ring Test in demonstrating personality psychograms. — Acta psychiat. et Neurol. Scandinavica, 1951, v. 26, p. 199—211.

Sears R. R. Experimental studies of projection. I. Attribution of traits. — J. Soc. Psychol., 1936, v. 7, p. 151—163.
Sen A. A Factorial Study of the Rorschach Test. — Brit. J. Psychol. (Stat. Sect.), 1950, v. 3, p. 21.
Shibutani T. Социальная психология /Пер. с англ. М., Прогресс, 1969, 536 с.
Sommer R. Rorschach M-responses and intelligence.— J. Clin. Psychol., 1958, v. 14, p. 58—61.
Stauder K. H. Konstitution und Wesensänderung der Epileptiker. Leipzig, G. Thieme, 1938, 196 S.
Suinn R. M., Oskamp S. The Predictive Validity of Projective Measures: A Fifteen-Years Evalutive Review of Research. Springfield, 1969.
Symonds P. M. Adolescent fantasy. An investigation of the picture-story method of personality study. New York, Columbia Univer. Press, 1949.
Thiesen J. W. A pattern analysis of structural characteristics of the Rorschach test in schizophrenia. — J. Consult. Psychol., 1952, v. 16, p. 365—370.
Traubenberg N. R. La pratique du Rorschach. Paris, PVF, 1973, 208 p.
Tschudin A. Chronische Schizophrenen im Rorschach'schen Versuch. — Arch. Neurol. Psychiatr., 1944, bd. 53, S. 79—100.
Van Waters R., Sacks J. Rorschach evaluation of schizophrenie process following pre-frontal lobotomy. — J. Psychol., 1948, v. 25, p. 73.
Vaughh J., Krug O. The analytic character of the Rorschach inkblot test. — Am. J. Orthopsychiat., 1938, v. 8, p. 220—229.
Vernon P. E. The Matching Method Applied to Investigations of Personality. — Psychol. Bull., 1936, v. 33, p. 149.
Weber A. Deliriumt tremens und Alkoholhalluzinose im Rorschachachschen Formdeutversuch. — Z. f. Neur., 1937, bd. 159, 446 S.
Wells H. K. Крах психоанализа /Пер. с англ. М., Прогресс, 1968, с. 55—60.
Wentworth-Rohr J. A study in the differential diagnosis of idiopathic and symptomatic epilepsy through psychological tests. Ph. D. Thesis, New York, University School of Education, 1951, 267 p.
Williams M. An Experimental Study of Intellectual Control under Stress and Associated Rorschach Factors. — J. Consult. Psychol., 1947, v. 11, p. 21.
Witkin H., Levis H. B. et al. Personality through Perception. New York Harper & Brothers, 1954, 571 p.
Wittenborn J. R. Statistical Tests of Certain Rorschach Assumptions: Analysis of Discrete Responses. — J. Consult. Psychol., 1949, v. 13, p. 257.
Wittenborn J. R. Statistical Test of Certain Rorschach Assumptions: the Internal Consistency of Scoring Categories. — J. Consult. Psychol., 1950, v. 14, p. 1—19.
Wysocki B. A. Assessement of inteligence level by the Rorschach test as compared with objective tests. — J. Ed. Psychol., 1957 a, v. 48 (2), p. 113—117.
Wysocki B. A. Differentation between introversive-extroversive types by Rorschach method as compared with other methods. — J. of Psychol., 1957 b, v. 43, p. 41—46.
Zimmerman F., Burgemeister B., Putnam T. Intellectual and emotional make up of the epileptic. — Arch. Neurol. Psychiatr., 1951, v. 65. p. 545—556.
Zulliger H. Der Behn-Rorschach Versuch. Bern, Huber, 1941, 232 S.

Zulliger H. Die Angst im Formdeutungeversuch nach Dr. Rorschach. — Zeitschr. f. Psychoanalitische Pedagogik, 1933, bd .7, S. 418—420.
Zulliger H. Erscheinungsformen und Bedeutung des Farbschocks beim Rorschachschen Formdeutversuch. — Zeitschr. f. Kinderpsychiatrie, 138, bd. 4, S. 145—152.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

(по методам, вошедшим в приложение 3)

Thematic Apperception Test

Aron, Betty. A manual for analysis of the Thematic Apperception Test. Berkeley, Calif., Willis E. Berg, 1949.
Bellak L. A guide to the interpretation of the Thematic Apperception Test. New York, Psychological Corporation, 1947.
Bellak L. The Thematic Apperception Test and Children's Apperception Test in clinical use. New York, Grune and Stratton, 1954.
Fine R. A scoring scheme and manual for the TAT and other verbal projective techniques. — J. proj. Tech., 1955, v. 19, p. 306—309.
Hartwell S. W. et al. The Michigan Picture Test: diagnostic and therapeutic possibilities of a new projective test for children. Amer. J. Orthopsychiat., 1951, v. 21, p. 124—127.
Henry W. E. The Thematic—Apperception technique in the study of culture — personality relations. — Genet. Psychol. Monogr., 1947, v. 35, p. 3—315.
Henry W. E. The thematic apperception technique in the study of group and cultural problems. In: Anderson H. H. and Anderson C. L. (ed.). An introduction to projective techniques, Englewood Cliffs, N. Y., 1951.
Henry W. E. The analysis of fantasy. New York. Wiley, 1956.
Holt R. R. The Thematic Apperception Test. In: H. H. Anderson and C. L. Anderson (ed.). An introduction to projective techniques. Englewood Cliffs, N. Y., 1951.
Kagan J., Lesser G. (ed.) Contemporary issues in thematic apperception methods. Springfield, I 11., Charles C Thomas. 1961.
Lindzey G. Thematic Apperception Test: interpretative assumptions and related empirical evidence. — Psychol. Bull., 1952, v. 49, p. 1—25.
Mayman M. Review of the literature on the Thematic Apperception Test. In.: D. Rapaport (ed.) Diagnostic psychological testing, vol. 2, Chicago, Year Book Medical Publishers, 1948.
Morgan Ch., Murray H. A. A method for investigating fantasies: the Thematic Apperception Test. — Arch. Neurol. Psychiat., 1935, v. 34, p. 289—306.
Rapaport D. The Thematic Apperception Test. In: Diagnostic psychological testing, v. 2, Chicago, Year Book Medical Publischers, 1946.
Shneidman E. S. (ed.) Thematic test analysis. New York, Grune and Stratton, 1951.

Stein M. I. The Thematic Apperception Test. Reading, Mass., Addison—Wesley, 1948.
Symonds P. M. Adolescent fantasy: an investigation of the picture—story method of personality study. New York, Columbia Univer. Press, 1949.
Thompson C. E. The Thompson modification of the Thematic Apperception Test. — J. proj. Tech., 1949, v. 13, p. 469—478.
Tomkins S. S. The Thematic Apperception Test. New York, Grune and Stratton, 1947,
Wyatt F. The scoring and analyses of the Thematic Apperception Test. — J. Psychol., 1947, v. 24, p. 319—330.

Auditory Apperception Test

Stone D. R. A recorded auditory apperception test as a new projective technique. — J. Psychol., 1950, v. 29, p. 349—353.

Three — Dimensional Apperception Test

Twitchell-Allen D. A three — dimensional apperception test: a new projective technique. — Amer. Psychologist, 1947, No. 2, p. 271—272.
Twitchell-Allen D. A three dimensional apperception test. New York, Psychological Corporation, 1948.

Four Picture Test

Van Lennep D. J. Four Picture Test. The Hague, Marinus Nijhoff, 1948.
Van Lennep D. J. The Four Picture Test. In: H. H. Anderson, C. L. Anderson (ed.). An introduction to projective techniques. Englewood Cliffs, N. J., 1951.

Make — A — Picture — Story Test

Bindon D. M. MAPS tests findings for rubella deaf children. — J. abnorm. Soc. Psychol., 1957, v. 55, p. 38—42.
Joel W. The use of the MAPS test with disturbed adolescents. — J. Proj. Tech., 1948, v. 12, p. 1—10.
Shneidman E. S. The Make a Picture Story (MAPS) projective personality test: a preliminary report. — J. consult. Psychol., 1947, v. 11, p. 315—325.
Shneidman E. S. Schizophrenia and the MAPS Test. — Genet. Psychol. Monogr., 1948, v. 38, p. 145—224.
Shneidman E. S. Manual for the MAPS Test. — Proj. Tech. Monogr. 1952, v. 1, No. 2, p. 1—92.
Shneidman E. S. The MAPS Test with children. In: A. I. Rabin, M. R. Haworth (ed.) Projective techniques with children. New York, Grune and Stratton, 1960.
Spiegelman J. M. A note on the use of Fine's scoring system with the MAPS tests of children. — J. proj. Tech., 1956, v. 20, p. 442—444.

Picture Arrangement Test

Tomkins S. S. The Tomkins — Horn Picture Arrangement Test. New York, Springer, 1957.
Tomkins S. S. P. A. T. interpretation. New York, Springer, 1959.

Picture Frustration Study

Brown J. F. A modification of the Rosenzweig picture frustration test to study hostile inter—racial attitudes. — J. Psychol., 1947, v. 24, p. 247—272.

Clarke H. J. The Rosenzweig Picture—Frustration Study. In: H. H. Anderson, C. L. Anderson (ed.). An introduction to projective techniques. Englewood Cliffs, N. J., 1951.

Rosenzweig S. The picture—association method and its application in a study of reactions to frustration.— J. Pers., 1945, v. 14, p. 3—23.

Rosenzweig S., Fleming E. E., Rosenzweig L. The Children's form of the Rosenzweig Picture—Frustration Study. — J. Psychol., 1948, v. 26, p. 141—191.

Rosenzweig S. Psychdiagnosis. New York, Grune and Stratton, 1949.

Rosenzweig S. Rosenzweig Picture—Frustration Study. In: A. Weider (ed.) Contributions towards medical psychology. New York, Ronald, 1953.

Rosenzweig S. The Rosenzweig Picture—Frustration Study, Children's Form. In: A. I. Rabin, M. R. Haworth (ed.). Projective techniques with children. New York, Grune and Stratton, 1960.

Draw — A — Person Test

Caligor L. A new approach to figure drawing: based upon an interrelated series of drawings. Springfield, Ill., Charles C Thomas, 1957.

Goodenough F. L. Measurement of intelligence by drawings. New York, World, 1926.

Hammer E. F. (ed.) The clinical application of projective drawings. Springfield. Ill., Charles C Thomas, 1958.

Kinget M. G. The Drawing—Completion Test: a projective technique for the investigation of personality based on Wartegg test blank. New York, Grune and Stratton, 1952.

Levy S. Figure drawing as a projective test. In: L. E. Abt, L. Bellak(ed). Projective psychology. New York, Knopf, 1950.

Machover K. Personality projection in the drawing of the human figure. Springfield, Ill., Charles C Thomas, 1948.

Machover K. Drawing of the human figure: a method of personality investigation. In: H. H. Anderson, C. L. Anderson (ed.). An introduction to projective techniques. Englewood Cliffs, N. J., 1951.

Szondi Test

Borstelmann L. J., Klopfer W. The Szondi Test: a review and critical evaluation. — Psychol. Bull., 1953, v. 50, p. 112—132.

Deri S. K. Introduction to the Szondi Test: theory and practice. New York, Grune and Stratton, 1949.

Dery S. K. The Szondi Test. — Amer. J. Orthopsychiat., 1949, v. 19, p. 447—454.

Szondi L. Experimentelle Triebdiagnostik, Bern, Hans Huber, 1947.

Szondi L. Szondi Test. Bern, Hans Huber, 1947.

Sentence-completion techniques

Forer B. R. A structured sentence completion test. — J. proj. Tech., 1950, v. 14, p. 15.—30.

Forer B. R. Sentence completions. In: A. C. Carr et al. The prediction of overt behavior through the use of projective techniques. Springfield, Ill., Charles C Thomas, 1960.
Hanfmann E., Getzels J. W. Studies of the sentence completion test.— J. proj. Tech., 1953, v. 17, p. 280—294.
Rohde A. R. Explorations in personality by the sentence completion method. — J. appl. Psychol., 1946, v. 30, p. 169—181.
Rohde A. R. Sentence completion method: its diagnostic and clinical application to mental disorders. New York, Ronald, 1951.
Rotter J. B. Word association and sentence completion methods. In: H. H. Andercon and C. L. Anderson (ed.). An introduction to projective techniques. Englewood Cliffs, N. J., Prentice—Hall, 1951.
Rotter J. B., Rafferty, Janet E. Manual for the Rotter incomplete sentences blank, college—form. New York, Psychological Corporation, 1950.
Sachs J. M., Levy S. The sentence completion test. In: L. E. Abt, L. Bellak (ed.) Projective psychology. New York, Knopf, 1950.
Sanford R. N. et al. Physique, personality and scholarship. — Monogr. Soc. Res. Child Developm., 1943, v. 8, No. 1.
Stein M. I. The use of sentence completion test for the diagnosis of personality. — J. clin. Psychol., 1947, No 3, p. 47—56.
Tendler A. D. A preliminary report on a test for emotional insight. — J. appl. Psychol., 1930, v. 14, p. 123—136.

СОДЕРЖАНИЕ

Леонид Фокич Бурлачук

ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

(НА ОСНОВЕ МЕТОДА РОРШАХА)

Редактор *А. В. Федотов*
Переплет художника *А. И. Иваныська*
Художественный редактор *С. Р. Ойхман*
Технический редактор *И. И. Каткова*
Корректор *Н. В. Гармаш*

Информ. бланк № 4488

Сдано в набор 30.03.79. Подп. в печать 9.08.79. БФ 08692. Формат 84×108 1/32. Бумага типогр. № 2. Лит. гарн. Выс. печать. 9,24+ +0,21 вкл. усл. печ. л. 9,74+0,07 вкл. уч.-изд. л. Тираж 11 000 экз. Изд. № 4234. Зак. № 677. Цена 1 р. 60 к.

Головное издательство издательского объединения «Вища школа», 252054, Киев-54, ул. Гоголевская, 7.

Белоцерковская книжная фабрика республиканского производственного объединения «Поліграфкнига» Государственного комитета Украинской ССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли, 256400, г. Белая Церковь, ул. К. Маркса, 4.

1р. 60к.

